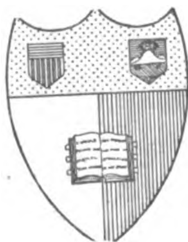


Heft 1123 der ganzen Folge

Jährlich erscheinen 36 Hefte, die am 1., 11. und 21. jedes Monats ausgegeben werden und mit Titel und Register einen geschlossenen Band bilden. Bezugspreis 16 ℳ 90 ₰ beim Verlag, bei sämtlichen Postanstalten und allen größeren Buchhandlungen. Einzelhefte 75 Pfg. Anzeigenpreis die dreigespaltene Kleinzeile oder deren Raum 50 Pfg.

Goldene Medaille St. Louis 1904

Die Arbeiter-Versorgung

Aelteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe, Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Schriftleitung und Verlag in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64

33. Jahrgang — 1. Januar 1916 — Heft 1

Inhalt:

Abhandlungen:

Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen der Krankenversicherung. Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald 1

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung:

A. Zur Krankenversicherung:

Schwangerschaftsbeihilfe (Kriegswochenhilfe) bei Fehlgeburt 9

Pflicht der Kassenärzte zur Aufführung der Einzelleistungen in den Rechnungen 10

§ 405 Abs. 2 RVO. setzt voraus, daß tatsächlich „Streit" besteht 11

Rückforderung von Kassenbeiträgen; Anwendung von Vorschriften des BGB. über ungerechtfertigte Bereicherung 12

B. Zur Unfallversicherung:

Ersatzkassen haben nach § 1528 RVO. Anspruch auf die Unfallentschädigung nur solcher Mitglieder, deren Rechte und Pflichten nach § 517 ruhen 13

§ 1700 Nr. 2 RVO. ist nicht anzuwenden, wenn das Vorliegen eines Betriebsunfalls und folglich die Entscheidungspflicht überhaupt bestritten ist 15

Ob einem Unfallverletzten der im Einspruchsverfahren für die Kosten eines ärztlichen Gutachtens geleistete Vorschuß zurückzuzahlen ist, entscheidet das VAmt und endgültig das OVA. 15

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten:

Die Krankenhausverwaltung haftet dem von der Kasse eingewiesenen Versicherten für Schaden, der ihm durch Verschulden des Arztes entsteht 16

(Fortsetzung des Inhaltsverzeichnisses auf nächster Seite)

Nicht übersehen!



Titel und Sachregister zum 32. Jahrgang liegen diesem Heft bei. Wir bitten auf den richtigen Eingang zu achten. Spätere Nachlieferung kann nur unter Berechnung von 75 Pfennig erfolgen.

Mitteilungen — Kurze Erörterungen:

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 18
Der Kriegsbeschädigte und die Kriegsrente 19
Abtretung von Krankengeldansprüchen 20
Vom ärztlichen Ehrenwort 21

Beantwortung von Anfragen:

Voraussetzung vorgängiger Versicherung für den Anspruch auf Wochenhilfe 21
Die Versicherung der Hausgewerbtreibenden wird durch die Satzung bestimmt, welche für den Ort ihrer Betriebsstätte gilt 22
Bereicherungsanspruch der Kasse wegen irrtümlich geleisteter Kriegswochenhilfe 22
Kosten für Desinfizieren der Tragbahre 22
Krankengeld für lazarett-, revierkranke und für in die Heimat beurlaubte Soldaten 22
Krankengeld für Kriegsfreiwillige 22
Verlust der Mitgliedschaft während der Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft 22
Krankengeld, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch eine willkürliche Operation verlängert ist . . 22
Wer ist Arbeitgeber der von einem Milchfahrer angenommenen Hilfskräfte? 23
Keine Pflicht der Steuerbehörde zur Auskunft über Steuererklärungen an Krankenkassen . . 23
Geht der Anspruch gegen den unehelichen Schwängerer auf die Kasse über? 23
Versicherungspflicht eines russisch-polnischen Bäckergesellen 23
Anhörung der Kassenbeamten (§ 359 Abs. 4 RVO.) vor Aufstellung des Regulativs ist nicht geboten 23
Zur Verrechnung der Zinsen 23
Verwendung der aus der Rücklage gezogenen Zinsen. — Vorgeschlagene, aber nicht gewählte Bewerber als Ersatzmänner 23
Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Armenpflege 24
Kosten der Schutzimpfung gegen Tollwut 24
Zur Krankenversicherung der Dienstboten im Erwerbsgeschäft, der Schneiderinnen, Aufwärterinnen, Waschfrauen, Gelegenheitsarbeiter 24
Höhe des Ersatzanspruches für die nach § 220 RVO. gewährte Krankenpflege 24

Fortsetzung der Stellenanzeigen auf der dritten Umschlagseite.

Wir suchen für unser Krankenkassenamt eine

geeignete Persönlichkeit,

die mit allen auf dem Gebiet der Arbeiterfürsorge vorkommenden Arbeiten eingehend vertraut sein muß. [498]

Meldungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Gehaltsansprüchen sind zu richten an

Aktiengesellschaft Peiner Walzwerk, Peine.

Für die **Arbeiter-Annahmestelle** eines großen Gußstahlwerkes gewandter [494]

Beamter

mit flotter und schöner Handschrift auf sofort gesucht. Kriegsbeschädigte und nur garnison- oder nur arbeitsverwendungsfähige Bewerber (nicht feldverwendungsfähige), wollen sich mit Lebenslauf, Zeugnissen und Gehaltsansprüchen unter **Nr. 9631** dieses Blattes melden.

Wegen bevorstehender Einberufung des Geschäfts- und Kassenführers zum Heeresdienste wird baldigst ein

Stellvertreter

gesucht. [500]

Militärfreie, kautionsfähige Bewerber wollen ihre Angebote unter L. B. D. an den Verlag der „Arbeiter-Versorgung" einreichen.

Sanatorium Erholung für

Leichtlungenkranke

Sülzhayn im Südharz.

Herrliche sonnige Lage. — Heizbare Liegehalle. — Mäßige Preise, 2 Aerzte.

Prospekte durch die Verwaltung.

Wegen bevorstehender Einberufung unseres Geschäftsführers suchen wir für die Dauer seiner Behinderung einen geeigneten

Stellvertreter.

Die Kasse zählt z. Zt. ca. 3000 Mitglieder und unterhält Zahl- und Meldestellen. Gehalt nach Vereinbarung.

Allgemeine Ortskrankenkasse des Kreises Ruppin Altruppin. [499]

Es wird gebeten, Bewerbungsschreiben und anderen Angeboten keine Originalzeugnisse oder dergleichen, sondern nur Abschriften beizulegen.

Wegen bevorstehender Einberufung unseres Geschäftsführers zum Heeresdienste suchen wir für die Dauer seiner Abwesenheit einen geeigneten

Stellvertreter.

Militärfreie, kautionsfähige Bewerber, die mit der sozialen Gesetzgebung, sowie mit der allgemeinen Verwaltung einer größeren Kasse und mit der Kassen- und Rechnungsführung durchaus vertraut sein müssen, wollen Gesuche mit Zeugnissen und Gehaltsansprüchen einsenden. Die Kasse zählt 13000 Mitglieder. [489]

Allgemeine Ortskrankenkasse Lahr i. Baden

Bezirkskrankenkasse.

Für die Verwaltung einer umfangreichen Betriebskrankenkasse einer Fabrik in Dresden wird zu baldigem Antritt militärfreier

Rechnungsführer

gesucht, welcher mit den einschlägigen Arbeiten und den gesetzlichen Bestimmungen durchaus vertraut ist und mit Erfolg eine derartige Stellung bereits in größerem Betriebe bekleidet hat.

Anerbietungen mit Angabe des Alters und Gehaltsanspruches, sowie mit Zeugnisabschriften werden unter **D. A. 9464** an den Verlag der „Arbeiter-Versorgung" erbeten [491]

Allgemeine Ortskrankenkasse I zu Duisburg.

Wir suchen für sofortigen Eintritt vertretungsweise (für die Dauer des Krieges) mehrere mit dem Abfertigungsdienst sicher vertraute, militärfreie

Angestellte

gesetzten Alters. Gehalt nach Uebereinkunft. Meldungen sofort erbeten. [485]

Pünktliche Zustellung der „Arbeiter-Versorgung"

wird erreicht, wenn jeder Bezieher den rechtzeitigen Eingang der einzelnen Hefte je nach Erscheinen am 1., 11. und 21. jedes Monats fortlaufend überwacht. Etwaige Beschwerden sind stets sofort beim Briefträger oder Ausgabe-Postamt anzubringen, nicht bei uns. Man möge nicht übersehen, daß auch die Postverwaltung mit Schwierigkeiten zu kämpfen hat und diesem Umstande gebührend Rechnung tragen.

Berlin-Lichterfelde **Verlag der „Arbeiter-Versorgung".**

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1123 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. Januar 1916 | Heft 1

Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen der Krankenversicherung.

Vom Wirklichem Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I.

Die Gewährung von Krankenhilfe durch eine Krankenkasse an Personen, die weder ihr Mitglied sind, noch sonst zur Krankenversicherung Beziehungen haben, war unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes kein ungewöhnlicher Vorgang. Das hatte seinen Grund zunächst darin, daß der Versicherungspflicht nicht, wie nach der RVO. alle gegen Entgelt beschäftigten sondern nur solche Personen unterlagen, welche in Gewerbebetrieben oder in besonders namhaft gemachten Arten von Betrieben tätig waren. Dazu kam, daß für die Organisation der Ortskrankenkassen als Regel die Abgrenzung des Mitgliederkreises nach Gewerbszweigen oder Betriebsarten vorgeschrieben und die Erhaltung der aus der Zeit vor dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes nach willkürlichen Gesichtspunkten gegründeten Ortskrankenkassen zugelassen war. Bei den nach den Gewerbszweigen eingerichteten Kassen traten die Schwierigkeiten namentlich dann hervor, wenn es sich um gemischte Betriebe oder um Betriebe handelt, die infolge der gewaltigen Fortschritte der Technik Arbeitsverrichtungen beanspruchten, die durch die Bezeichnungen in den alten Kassenstatuten nicht ergriffen wurden. Das Bestehen von Ortskrankenkassen für handwerksmäßige oder fabrikmäßige Betriebe zwang zur Anwendung der Unterscheidungsmerkmale zwischen Fabrik und Handwerk, also zu Untersuchungen, die zu den schwierigsten auf dem Gebiete des Gewerberechts gehören. Bei den vorgesetzlichen Kassen war es endlich nichts Außergewöhnliches, daß nach der Fassung der Satzungs-Bestimmungen über den Mitgliederkreis mehrere Kassen den gleichen Betrieb für sich in Anspruch nehmen konnten, zumal vielfach der Fehler begangen war, Kassen für Gewerbszweige neben solchen für Betriebsarten zu errichten. Abweichend von der RVO. war bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes unterlassen worden, vorzuschreiben, daß Ortskassen nur zugelassen werden dürften, wenn ihr Mitgliederkreis den für die Errichtung von Krankenkassen vorgeschriebenen Grundsätzen über die Abgrenzung des Mitgliederkreises entsprach. Obwohl hiernach die Gefahr besonders groß war, daß eine Krankenkasse zu Unrecht Krankenunterstützung gewährte, so war doch die Frage, ob und in welchem Verfahren solche Unterstützungen zurückgefordert werden könnten, im Gesetz, betr. die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 (RGBl. S. 73) nicht berührt. Erst in der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 (RGBl. S. 379) wurde der Angelegenheit Erwähnung getan, aber nur insofern, als das Verfahren für die Geltendmachung der Ersatzansprüche geregelt wurde. Die Frage, ob in solchen Fällen ein Ersatzanspruch bestehe und in wel-

cher Höhe er geltend gemacht werden könne, wurde nicht geregelt. Im § 58 Abs. 2 wurde lediglich vorgeschrieben, daß Streitigkeiten zwischen Gemeinde-Krankenversicherungen und Krankenkassen über den Ersatz irrtümlich gleisteter Unterstützungen im Verwaltungsstreitverfahren und, wo ein solches nicht bestehe, von der Aufsichtsbehörde mit der Maßgabe entschieden werden sollte, daß ihre Entscheidungen binnen vier Wochen nach Maßgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung im Wege des Rekurses angefochten werden könnten. In der Begründung (S. 70) wird dazu folgendes bemerkt:

„Hat eine Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse einen Versicherten in der irrtümlichen Annahme, die verpflichtete Kasse zu sein, unterstützt, so ist die in Wirklichkeit verpflichtet gewesene Kasse um denjenigen Betrag, welchen sie zu leisten gehabt hätte, ungerechtfertigt bereichert, und zwar einerseits zu Ungunsten des Empfängers der Unterstützung, andererseits zu Ungunsten der Kasse, welche die fragliche Unterstützung geleistet hat. Nach allgemeinen Grundsätzen kann die bereicherte Kasse von derjenigen, zu deren Ungunsten sie bereichert ist, auf Ersatz in Höhe der Bereicherung belangt werden, wie dies auf dem Gebiet des Armenwesens bei derartigen Verhältnissen zwischen mehreren Armenverbänden anerkannt ist. Es würde weder im Interesse des Unterstützten, noch der ersatzberechtigten Kasse liegen, die letztere darauf zu verweisen, sich Ersatz von dem Unterstützten zu verschaffen und den Unterstützten darauf, die richtige Kasse nachträglich zur Leistung der Unterstützung zu belangen. Solche Ersatzansprüche sind wie die anderen bereits angeführten dem Verwaltungsstreitverfahren nach § 58 Abs. 2 zu überweisen."

II.

Auch die Reichsversicherungsordnung hat sich dem Vorbilde des Krankenversicherungsgesetzes angeschlossen und sich darauf beschränkt, das Verfahren zu regeln, in dem die Ersatzansprüche wegen zu Unrecht gewährter Leistungen zwischen Krankenkassen geltend gemacht werden können, denn im § 224 Nr. 2 RVO. wird nur vorgeschrieben, daß das Versicherungsamt im Spruchverfahren bei Streit über Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen zwischen Kassen entscheidet. Die neuere Gesetzgebung hat also zu den Streitfragen, die bei Anwendung der im Wesentlichen gleichlautenden Vorschrift des Krankenversicherungsgesetzes entstanden sind, keine Stellung genommen, so daß es der Rechtsprechung, insbesondere derjenigen des Reichsversicherungsamtes überlassen bleibt, nicht nur die Tragweite des § 224 Nr. 2 RVO., sondern auch den Inhalt des Ersatzanspruchs selbst näher zu bestimmen. Im Einzelnen ist folgendes zu bemerken:

1. In Uebereinstimmung mit den Ausführungen in der angezogenen Begründung zur Novelle zum Krankenversicherungsgesetze vom 10. April 1892 wurde allgemein angenommen, daß der Ersatzanspruch auf ungerechtfertigter Bereicherung (§§ 812 ff. BGB.) beruhe; sie bestehe in der Ersparung der Ausgaben, die die Krankenkasse bei verständigem Ermessen nach Maßgabe ihrer Satzung gemacht haben würde, wenn sie den Versicherten selbst unterstützt haben würde; vgl. Preuß. OVG. Entsch. v. 20. September 1891 (Bd. 27 S. 374). Ebenso wurde davon ausgegangen, daß es auf einen Irrtum dabei nicht ankomme und daher auf das Wort „irrtümlich" kein besonderes Gewicht zu legen sei. Demgemäß wurde der Ersatzanspruch immer für gegeben erachtet, wenn eine Krankenkasse die einer anderen Kasse obliegende Pflicht zur Unterstützung tatsächlich erfüllt hatte und das Vermögen der letzteren ungerechtfertigter Weise aus dem Vermögen der ersteren bereichert war; vgl. Preuß. OVG.-Entsch. vom 17. Januar 1895 (Bd. 27 S. 383) vom 26. und 16. März 1896 (Bd. 29 S. 326, 331), vom 16. Oktober 1897 (Preuß. Verw.-Blatt Bd. 19 S. 362) und vom 26. April 1899 (Bd. 35 S. 368). Nicht nur bei unmittelbarer, sondern auch bei mittelbarer Unterstützung eines Versicherten wurde der Ersatzanspruch als berechtigt anerkannt, z. B. wenn eine Krankenkasse dem Armenverbande irrtümlich dessen Aufwendungen er-

stattet hatte und nunmehr von der verpflichteten Kasse Ersatz forderte; vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 8. Oktober 1898 (Bd. 34 S. 367). Das Gleiche galt, wenn eine Krankenkasse die von ihr zu unterstützende Person einer anderen Krankenkasse zur aushilfsweisen Unterstützung (§ 57a KVG., jetzt § 219 RVO.) überwiesen hatte und diese dem Ersuchen entsprach, obwohl die Voraussetzungen für eine solche Verpflichtung nicht vorlagen, vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 29. Januar 1903 (Bd. 43 S. 330), oder wenn die Krankenkasse in Verfolg einer vorläufig vollstreckbaren nachträglich aufgehobenen Entscheidung der Aufsichtsbehörde (§ 58 Abs. 1 KVG.) gezahlt hatte, vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 17. Januar 1895 (Bd. 27 S. 383), oder wenn eine Krankenkasse einer anderen den Aufwand für gewährte Unterstützung bereits erstattet hatte und nur den Betrag wegen Irrtums zurückforderte, weil der Versicherte von der beklagten Kasse zu unterstützen war, vgl. OVG. Entsch. vom 23. September 1901 (Bd. 40 S. 355). Nachdem im § 224 Nr. 2 RVO. die Worte „irrtümlich geleistete" durch die Worte: „zu Unrecht geleistet" ersetzt worden sind, kann es keinem begründeten Zweifel unterliegen, daß der bisherigen Rechtsprechung gemäß ein im Spruchverfahren verfolgbarer Ersatzanspruch immer gegeben ist, wenn tatsächlich die ungerechtfertigte Bereicherung einer Krankenkasse auf Kosten einer anderen vorliegt. Voraussetzung ist aber, daß es sich um den Ersatz einer geleisteten Krankenunterstützung handelt, daß also der Unterstützte krankenversicherungspflichtig oder krankenversicherungsberechtigt ist und überhaupt einer Krankenkasse angehört. Trifft dies nicht zu, so ist der Ersatzanspruch nur im ordentlichen Rechtswege verfolgbar; vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 23. September 1901 (Bd. 40 S. 355). Es handelt sich um keine zu Unrecht gewährte Leistung, wenn eine Krankenkasse einen Versicherten auf Ersuchen einer anderen Kasse (§ 219 RVO.), die den Versicherten als ihr Mitglied ansah, unterstützt hat und sich nachträglich herausstellt, daß der Versicherte Mitglied der ersuchten Kasse ist. Wenn der Kasse beim Erlaß des Ersuchens ein Verschulden zur Last fällt, so hat die ersuchte Kasse nur einen im ordentlichen Rechtsweg verfolgbaren Anspruch auf Schadensersatz; vgl. Preuß. OVG. Entsch. v. 4. Dezember 1902 (Preuß. Verwalt. Blatt Bd. 26 S. 457).

Nur Streit zwischen Krankenkassen und zwischen Krankenkassen und knappschaftlichen Krankenkassen (§ 500) kann nach § 224 Nr. 2 RVO. im Spruchverfahren entschieden nicht also Streit zwischen einer Krankenkasse und einem Armenverband wegen Rückerstattung der diesem ersetzten Auslagen für die Unterstützung eines hilfsbedürftigen Versicherten; vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 23. Januar 1902 (Arb.Vers. S. 411) und vom 8. Oktober 1903 (Arb.Vers. 1904 S. 130). A. M. Sächs. Min. des Innern Entsch. vom 1. November 1899 (Arb.-Vers. 1900 S. 53). Ansprüche, die eine Krankenkasse gegen einen Privaten, für den sie irrtümlicher Weise eingetreten ist, geltend machen will, können nur durch Klage im ordentlichen Rechtswege verfolgt werden; vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 22. April 1895. Das Gleiche gilt, wenn die Kasse gegen den Arbeitgeber, der sie durch falsche Angaben in der Anmeldung zu dem Irrtum veranlaßt hat, Anspruch auf Ersatz der irrtümlich gemachten Leistungen zu haben glaubt.

2. Der Erstattungsanspruch kann nur in der Höhe geltend gemacht werden, als eine Bereicherung der verklagten Kasse vorliegt. Die Höchstgrenze bildet demnach der Betrag der Ausgaben, den die verklagte Kasse erspart hat, weil die klagende Kasse die Unterstützung geleistet hat. Die klagende Kasse kann demnach nicht ihre vollen Auslagen ersetzt verlangen, wenn die Auslagen, die die beklagte Kasse gemäß ihrer Satzung nach verständigem Ermessen hätte machen müssen, niedriger sind. Andererseits kann sie selbst, wenn die Ausgaben der verklagten Kasse höher gewesen wären, nicht mehr verlangen als den Betrag ihrer Aufwendungen, da ihr Vermögen nur um so viel vermindert ist und sie nur Ersatz, aber keinen Gewinn haben

soll; vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 20. September 1894 (Bd. 27 S. 376). Während sowohl nach dem Krankenversicherungsgesetz als auch nach der Reichsversicherungsordnung in den sonstigen Fällen, in denen es sich um Ersatzansprüche wegen geleisteter Krankenhilfe handelt, für die Berechnung der Ausgaben für Krankenpflege (Arzt, Arznei, Heilmittel) unter Umständen auch für die Berechnung der Ausgaben für Krankenhauspflege ein Pauschbetrag vorgeschrieben ist — vgl. z. B. RVO. §§ 222, 1503, 1519, 1533 — fehlt es hier an einer solchen Regelung; vgl. Preuß. OVG. vom 20. September 1894 (Bd. 27 S. 374) und vom 15. Juni 1903 (Bd. 44 S. 366).

Ein greifbarer Grund dafür, daß abweichend von den übrigen Fällen, hier die vollen Kosten der Krankenpflege berechnet und erstattet werden, ist nicht zu finden, wie überhaupt die Verweisung auf die Vorschriften des Bürgerlichen Rechts über die Bereicherung bei dem öffentlich-rechtlichen Charakter der Krankenversicherung wenig zweckmäßig erscheint. Haben praktische Rücksichten und praktische Erfahrungen dazu geführt, in anderen Fällen für die Berechnung der Krankenpflegekosten ohne Rücksicht auf ein Mehr oder Weniger des Einzelfalles einen unabänderlichen Pauschbetrag vorzuschreiben, so mußte das auch für Ersatzansprüche wegen zu Unrecht gewährter Leistungen geschehen. Wäre in der Reichsversicherungsordnung die bisher vernachlässigte Regelung der Höhe des Ersatzanspruchs nachgeholt worden, so wären sicher auch hier Pauschbeträge für Krankenpflege und Krankenhauspflege gewählt worden. Diese Fortbildung des Rechts wird bei nächster Gelegenheit nachzuholen sein.

Die Ersatz fordernde Kasse hat ihre Aufwendungen im einzelnen anzugeben und nachzuweisen; vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 15. Juni 1903 (Bd. 44 S. 366). Auf grundsätzliche Feststellung der Ersatzpflicht darf nicht geklagt werden; vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 25. März 1899 (Arb.-Vers. S. 507). Die beklagte Kasse kann, auch soweit es sich um die Kosten der Krankenpflege handelt, nicht einwenden, daß nach ihrer Satzung die Bezahlung der Kosten, welche durch Inanspruchnahme anderer als der von ihr bestimmten Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser entstanden sind, abgesehen von dringenden Fällen, abgelehnt werden können und ein dringender Fall nicht vorgelegen habe; vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 11. Dezember 1902 (Bd. 43 S. 339). Der Unterschied zwischen den Kosten der Unterbringung in eine Lungenheilstätte und den Kosten der Krankenhausbehandlung ist aber nur zu erstatten, wenn nach Lage des Einzelfalles anzunehmen ist, daß sich die zur Erstattung verpflichtete Krankenkasse auch für die Verpflegung in einer Lungenheilstätte entschieden haben würde; vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 8. Juli 1907. Zinsen können nur wegen Verzugs, nicht aber wegen ungesetzlicher Bereicherung im Spruchverfahren gefordert werden; vgl. Preuß. OVG. vom 8. November 1900 (Bd. 38 S. 342). Ebensowenig kann in diesem Verfahren Ersatz der Kosten für einen früheren Prozeß geltend gemacht werden; vgl. Preuß. OVG. Entsch. vom 13. Februar 1901 (Bd. 29 S. 342).

3. Die Regelung des Ersatzanspruchs selbst wäre auch aus dem Grunde dringend notwendig gewesen, um klarzustellen, ob die zur Erstattung verpflichtete Krankenkasse von dem Ersatzanspruch die Beiträge in Abzug bringen kann, welche an die Erstattung fordernde Kasse irrtümlich gezahlt worden sind. Das Preuß. OVG. — vgl. Entsch. vom 20. September 1874 (Bd. 27 S. 374) — hat sich zunächst auf den Standpunkt gestellt, daß eine solche Aufrechnung unzulässig sei, und zwar aus folgendem Grunde:

„In bezug auf die Kassenbeiträge stehen die klagende und die beklagte Kasse nicht in einem Forderungsverhältnisse zueinander; es kann daher zwischen ihnen auch nicht von einer Kompensation mit diesen Beiträgen die Rede sein. Der Anspruch der beklagten Kasse gegen den Versicherten auf Zahlung der an sie nicht geleisteten Beiträge und der hiermit in engster Verbindung stehende Anspruch des Versicherten gegen die klagende Kasse auf

Rückgewähr der an sie gezahlten Beiträge sind besonders zwischen diesen Beteiligten zum Austrage zu bringen. Direkt berühren sie das Verhältnis zwischen den Klägern und der Beklagten nicht. Demgemäß spricht auch das Gesetz (§ 58 Abs. 2 KVG.) nur von dem Ersatz irrtümlich geleisteter Unterstützungen, ohne dabei irgend eines Abzuges, insbesondere wegen irrtümlich geleisteter Kassenbeiträge, zu gedenken."

Diesen Ausführungen kann nur rückhaltlos zugestimmt werden, allerdings mit der Maßgabe, daß nicht der Versicherte selbst, sondern nur sein Arbeitgeber zur Rückforderung der Beiträge berechtigt ist. Denn die Auseinandersetzung zwischen der Krankenkasse wegen der zu Unrecht gewährten Unterstützungen berührt den zahlungspflichtigen Arbeitgeber nicht im geringsten. Nichts hindert ihn von der Ersatz fordernden und erhaltenden Kasse die von ihm an diese zu Unrecht gezahlten Beiträge, soweit nicht Verjährung eingetreten ist (§ 29 Abs. 2 RVO.), zurückzufordern. Auf der anderen Seite ist die Ersatz leistende Kasse nicht gehindert, die noch nicht verjährten Beiträge (§ 29 Abs. 1 RVO.) von dem Arbeitgeber für sich nachzufordern, auch wenn zwischen den Kassen die Beiträge verrechnet sind. Und aus diesen Erwägungen heraus muß mit Hahn (Handb. der Kr.Vers. Anm. 3b zu § 224 RVO.) die Aufgabe dieses Standpunkts durch das Preuß. OVG. in den Entsch. vom 15. Juni 1903 (Bd. 44 S. 366) vom rechtlichen Gesichtspunkte aus als bedenklich bezeichnet werden. Ohne die frühere Ansicht ausdrücklich aufzugeben, hat das OVG. für eine Aufrechnung der Beiträge gegenüber dem Anspruche der ersatzfordernden Kasse für zulässig erachtet: „Bei dem engen Zusammenhange zwischen den geleisteten Unterstützungen, wegen deren nach dem § 58 Abs. 2 KVG. Ersatz gefordert wird, und den für die Unterstützten gezahlten Beiträgen, deren Herausgabe die beklagte Kasse verlangen kann, muß sich die klagende Kasse die Aufrechnung mit den Beiträgen im Verwaltungsstreitverfahren, obwohl dieses an sich für den Anspruch auf die Beiträge nicht eröffnet ist, gefallen lassen, so daß sie nur erhält, was nach Abrechnung der zur Aufrechnung gestellten Beiträge von dem Betrage der Unterstützungen übrig ist, und ihr nicht mehr zugesprochen werden kann, sobald kein Ueberschuß bleibt." Die daneben aufgestellte Forderung, daß, wenn in gleicher Weise mehrere Personen irrtümlich unterstützt sind, nicht ein einzelner Fall der Unterstützung oder eine beliebige Anzahl solcher Fälle herausgegriffen und für sich allein geltend gemacht werden dürfe, sondern daß alle Unterstützungsfälle bei der Abrechnung berücksichtigt werden müßten, berührt nicht den Kernpunkt der Streitfrage.

Allerdings darf nicht verkannt werden, daß die letzte Ansicht des Preuß. OVG. vom praktischen Standpunkt aus die allein richtige Lösung bringt und daß sich die künftige Gesetzgebung nur in dieser Richtung bewegen sollte. Soweit eine Abrechnung stattfindet, muß das Versicherungsverhältnis im übrigen von allen Beteiligten als tatsächlich zu Recht bestehend angesehen werden, so daß der Arbeitgeber bis zu dem Zeitpunkt, zu welchem die erstattete Unterstützung beendigt war, weder von der alten Kasse Beiträge zurückfordern darf noch bei der anderen Kasse nachzuzahlen hat. In der Tat hat die RVO. eine solche Regelung unternommen, sie kann aber als gelungen nicht bezeichnet werden, weil unterlassen ist, alle bei dieser Frage in Betracht kommenden Beziehungen klarzustellen. In erster Linie ist zudem an die Fälle gedacht, in denen während oder aus Anlaß des Bezugs der Kassenleistungen die leistende Kasse ihren Irrtum erkennt. Auf die Ersatzforderung wegen einer bereits abgeschlossenen Unterstützung passen die Vorschriften nicht recht. Nach §§ 315, 316 RVO. hat eine Kasse einen Versicherungspflichtigen, für den sie nach vorschriftsmäßiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat, solange sich sein Beschäftigungsverhältnis nicht ändert, als Mitglied mindestens bis zu dem Tage anzuerkennen, wo der Kassenvorstand ihn oder sein Arbeitgeber schriftlich an

eine andere Kasse verweist. Bestreitet die andere Kasse seine Zugehörigkeit, so hat die alte Kasse bis zur Entscheidung, vorbehaltlich späterer Erstattung, vorläufig weiter die Beiträge anzunehmen und die Leistungen zu gewähren. Hiernach besteht bis zum Ueberweisungstage eine tatsächliche Mitgliedschaft bei der bisherigen Kasse. Dabei ist aber nicht ausgesprochen, daß auch für den zahlungspflichtigen Arbeitgeber das Verhältnis bindend ist und daß die Forderung und Rückforderung von Beiträgen für diese Zeit ausgeschlossen sind. So weitgehend ist auch die Regelung nicht gedacht, vielmehr ist lediglich beabsichtigt worden, die Interessen des versicherungspflichtigen Mitglieds zu schützen. Das geht auch aus der Begründung (S. 197) hervor, wo es heißt:

„Für die Versicherten sind häufig Unzuträglichkeiten dadurch entstanden, daß die Krankenkasse, bei der sie angemeldet sind, ihre Zugehörigkeit erst in dem Augenblick bestreitet, wo sie Unterstützungsansprüche geltend machen. In der Unfallversicherung hat das Reichsversicherungsamt der Eintragung in das Kataster einer Berufsgenossenschaft sowie der fortgesetzten Zahlung und anstandslos erfolgten Annahme von Beiträgen eine gewisse formalrechtliche Wirkung auf die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft zugesprochen. Es empfiehlt sich, eine ähnliche Vorschrift für die Krankenversicherung einzuführen. Denn es liegt nicht nur dem Arbeitgeber ob, versicherungspflichtige Personen ordnungsgemäß anzumelden, sondern es ist auch Sache der Krankenkasse, die Zugehörigkeit der bei ihr angemeldeten Mitglieder ihrerseits zu prüfen. Eine angemessene Frist hierfür muß ihr freilich zugestanden werden. Nimmt aber eine Kasse während der Dauer von drei Monaten oder länger ohne jede Beanstandung Beiträge für eine als Mitglied angemeldete Person entgegen, so ist es nicht unbillig, ihr dafür auch die Pflicht aufzuerlegen, tatsächlich auch die Versicherung jener Person für solange zu übernehmen, bis die Kassenzugehörigkeit richtiggestellt ist. Voraussetzung dafür ist, daß das gleiche Beschäftigungsverhältnis fortdauert, auf Grund dessen die Anmeldung erfolgt ist. Die Pflicht, die § 315 demgemäß begründet, gilt nur gegenüber Versicherungspflichtigen, um das arglistige Erschleichen von Unterstützungen seitens solcher Personen zu verhüten, die auf Kassenleistungen überhaupt keinen Anspruch haben. Sie erlischt mit dem Zeitpunkt, in dem der Kassenvorstand den Arbeitgeber oder den Versicherten davon in Kenntnis setzt, daß er tatsächlich nicht dieser, sondern einer anderen Kasse zugehört. Daß jene Pflicht auch dann erlischt, sobald der Arbeitgeber in Erkenntnis seines Irrtums den Versicherten ordnungsmäßig abmeldet, braucht als selbstverständlich im Gesetze nicht besonders hervorgehoben zu werden. Die Verpflichtung der Kasse auf Grund dieser Vorschrift ist eine endgiltige, ein Ersatzanspruch wegen des Geleisteten gegen die eigentlich verpflichtete Kasse daher nicht gegeben. Ebenso muß auch der Versicherte sich bis zu dem genannten Zeitpunkt mit den Leistungen der ersten Kasse begnügen. Er kann für die Zeit, in der diese verpflichtet war, nicht nachträglich auf das Anspruch erheben, was die andere Kasse etwa mehr leistet. Der Fall wird also insoweit gerade so angesehen und behandelt, wie nach § 212 der Uebertritt eines erkrankten Kassenmitgliedes zu einer anderen Krankenkasse.

Der Entwurf trifft weiterhin auch für den Fall Vorsorge, daß die andere Kasse die Zugehörigkeit zu ihr bestreitet. Auch für die Zwischenzeit bis zum endgiltigen Austrag dieser Frage soll der Versicherte vorläufig noch wie ein Mitglied der ersten Kasse behandelt werden. Die Kasse gewährt ihre eigenen Leistungen fort und kann gegebenenfalls deren Wert von der anderen Kasse einfordern. Umgekehrt zahlt an sie der Versicherte die Beiträge in der Höhe fort, die ihre Satzung vorschreibt. Das Mehr oder Weniger an Unterstützungen und Beiträgen, welches die andere Kasse hätte leisten müssen oder fordern können, bleibt im Verhältnis der Kassen untereinander außer Betracht. Dagegen muß sich die eigentlich zuständige Kasse dieserhalb mit dem Versicherten verrechnen.

Durch die Vorschriften dieses Paragraphen in Verbindung mit denen des § 208 und des § 212 werden für die Versicherten die Unzuträglichkeiten, die der Mangel einheitlicher Kassengebilde nach sich zieht, auf ein sehr geringes Maß beschränkt."

Aber auch aus dem Grunde erscheint die Regelung nicht ausreichend, weil sie erst nach Ablauf einer dreimonatigen Beitragszahlung einsetzt, so daß während der ersten drei Monate alle Unzuträglichkeiten bestehen bleiben, deren Beseitigung die Gesetzgebung beabsichtigt. Der Zweck, der mit der Regelung in den §§ 315, 316 RVO. angestrebt wurde, wäre weitaus einfacher und gründlicher dadurch erreicht worden, daß die Krankenkassen verpflichtet worden wären, für jedes ihrer versicherungspflichtigen Mitglieder, das ordnungsmäßig und nicht vorsätzlich unrichtig angemeldet ist, die Kassenleistungen nach Maßgabe ihrer Satzung bis zum Ablauf der satzungsmäßigen Unterstützungsdauer zu gewähren. Dadurch wäre den Interessen des Versicherten vollständig Rechnung getragen. Ein ausreichender Grund dafür, daß die Kasse bis zu dem Ueberweisungstage die geleisteten Unterstützungen aus eigenen Mitteln tragen soll, liegt nicht vor, vielmehr müßte der Ersatzanspruch gegen die endgiltig verpflichtete Kasse für die ganze Unterstützungsdauer gegeben sein. Jetzt besteht der Ersatzanspruch nur für die Zeit nach dem Ueberweisungstage, wobei es zweifelhaft sein kann, ob Ersatz der vollen Auslagen oder nur in der Höhe gefordert werden darf, als die andere Kasse Ausgaben erspart hat. Allerdings könnte nach den Ausführungen in der Begründung angenommen werden, daß der volle Wert der Auslagen erstattet verlangt werden kann; allein das Gesetz gibt für eine solche Annahme in den Worten: „vorbehaltlich späterer Erstattung" keine ausreichende Unterlage. Denn es ist nicht einzusehen, warum in § 224 Nr. 2 RVO. der Ersatz nach den privatrechtlichen Grundsätzen der ungerechtfertigten Berechnung hier aber voll gefordert werden soll. Ueberhaupt ist in der Begründung übersehen worden, daß nicht der Versicherte, sondern der Arbeitgeber für die Beiträge zahlungspflichtig und rückforderungsberechtigt ist und daß daher dieserhalb eine Verrechnung mit dem Versicherten gar nicht möglich ist. Kaum angängig erscheint es auch, die Kasse wegen der Verrechnung des Mehrbetrages der gezahlten Unterstützungen an den meist zahlungsunfähigen Versicherten zu verweisen. Jedenfalls liegt auch kein ausreichender Grund vor, dem Versicherten die Nachforderung des Mehrbetrages der Unterstützung zu gestatten, wenn er von der vorläufig unterstützenden Kasse weniger erhalten hat, als er von der endgiltig verpflichteten Kasse zu beanspruchen hat. Das Mehr oder Weniger müßte auch dem Versicherten gegenüber außer Betracht bleiben. Solange aber auf Grund der formalen Mitgliedschaft Kassenleistungen nicht gewährt werden, liegt ein Bedürfnis zu ihrer Regelung nicht vor. Alsdann muß in Ermangelung einer Verständigung der rechtlich zuständigen Kasse die Befugnis gewahrt bleiben, die ihr zukommenden Beiträge vom Arbeitgeber nachzufordern, während diesem unbenommen bleiben muß, die zu Unrecht gezahlten Beiträge von der anderen Kasse zurückzufordern. Uebrigens wird das Bedürfnis nach Regelung der formalen Kassenmitgliedschaft mit der zunehmenden Vereinheitlichung der Kassenorganisation, insbesondere mit der ausschließlichen Errichtung von allgemeinen Ortskrankenkassen und der Beseitigung besonderer Ortskrankenkassen, wesentlich abnehmen.

III.

Einverständnis herrscht in der Literatur darüber, daß die Krankenkasse, welche einem Nichtmitgliede Kassenleistungen gewährt hat, auch vom Empfänger des zu Unrecht Geleisteten zurückfordern darf, und zwar ebenfalls aus dem Gesichtspunkte der ungerechtfertigten Bereicherung (§§ 812 ff. BGB.), gleichviel, ob der Empfänger ein Recht auf die Leistung überhaupt nicht oder nur gegen eine andere Kasse hatte. Aber auch hier ist in den Fällen, wo der Empfänger weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt ist, also überhaupt keinen Anspruch

auf Leistungen aus der Krankenversicherung hat, durch die Reichsversicherungsordnung eine Beschränkung eingetreten, indem nach § 213 RVO. die Kasse nicht mehr Ersatz verlangen darf, wenn sie für diese Person nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat. Alsdann muß sie unter allen Umständen die satzungsmäßigen Leistungen gewähren.

Streitig ist jedoch, in welchem Verfahren die Erstattungsansprüche geltend gemacht werden können. Hahn (Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 c zu § 224 RVO.) vertritt die Ansicht, daß der Ersatzanspruch im Spruchverfahren geltend zu machen sei, da es sich um einen „Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung" handle und auch schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes angenommen worden sei, daß für den Anspruch auf Rückgewähr einer grundlos geleisteten Unterstützung gegenüber dem Versicherten immer derselbe prozessuale Weg gegeben sei, welcher für die Geltendmachung des Unterstützungsanspruchs vorgeschrieben ist. Es kann dahingestellt bleiben, ob diese Ansicht während der Geltung des Krankenversicherungsgesetzes zutreffend war, für die Reichsversicherungsordnung wird ihr kaum beigepflichtet werden können, weil diese offenbar unter „Leistungen aus der Krankenversicherung" Leistungen versteht, die die Krankenkassen zu gewähren haben, nicht also Ansprüche, die eine Krankenkasse geltend machen will. Das ergibt sich insbesondere auch aus der Fassung des § 1551 RVO., wonach Anträge auf Leistungen der Krankenversicherung bei der Krankenkasse oder dem sonst Verpflichteten zu stellen sind. Auch die Ueberschrift des Abschnitts, in dem der § 1551 RVO. steht, „A. Feststellung der Leistungen. Erster Abschnitt Feststellung durch die Versicherungsträger" läßt klar erkennen, daß in dem Verfahren nach § 1636 ff. RVO. nur Ansprüche gegen die Krankenkassen geltend gemacht werden können. Aber selbst wenn die Rückforderung von irrtümlich geleisteten Unterstützungen durch die Krankenkassen als Streit um die Leistungen aus der Krankenversicherung angesehen werden sollte, so würde dies zu dem eigenartigen Ergebnis führen, daß der Anspruch gegen die Krankenkassen in dem Spruchverfahren nach §§ 1636 ff. RVO., die Rückforderung der gewährten Leistungen gegenüber dem zu Unrecht unterstützten Versicherten in dem abweichenden Spruchverfahren, nach §§ 1771 ff. RVO. zu verfolgen sein würde. Auch diese Erwägung spricht gegen die Zulässigkeit des Spruchverfahrens. Hiernach kann nur angenommen werden, daß der Anspruch der Kasse gegen den Versicherten im ordentlichen Rechtswege zu verfolgen ist. Ebenso Stier-Somlo Komm. zur RVO. Anm. 2 B zu § 224, sowie RVA. Entsch. vom 23. November 1914. Daß die Entscheidung der Versicherungsbehörden gegen den Versicherten nicht vollstreckbar sein würde, mag nur nebenher bemerkt werden.

Eine andere Frage aber ist, ob überhaupt ein solches Rückforderungsrecht gegen Versicherte zugelassen werden soll. Für den Ausschluß spricht vor allem die Tatsache, daß die Kassen bei der mangelhaften Leistungsfähigkeit der Versicherten doch nicht das Verausgabte wieder erlangen werden, so daß die Geltendmachung des Ersatzanspruchs gegen die angeblich verpflichtete Kasse vorzuziehen ist. Außerdem genügt für die Kassen das Recht der Aufrechnung gegen weitere Unterstützungsansprüche nach § 223 RVO. für den Fall, daß der zu Unrecht unterstützte Versicherte demnächst ihr Mitglied wird; eine solche Aufrechnung ist allerdings nicht mehr zulässig, wenn die Kasse sich bei einer anderen Kasse Ersatz geholt hat. Nach alledem würde es zweckmäßig sein, den Kassen nur die Rückforderung der irrtümlich geleisteten Unterstützungen bei den verpflichteten Kassen zu gestatten.

IV.

Die ganze Frage nach dem Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen bedarf einer gründlichen Regelung im Gesetze, damit die hervorgetretenen Zweifel beseitigt werden und eine dem öffentlich-rechtlichen Charakter der

Krankenversicherung entsprechende Behandlung der Angelegenheit gesichert ist. Zu dem Zwecke ist im einzelnen erforderlich, vorzuschreiben,

1. daß Ersatz gefordert werden kann und daß für die Berechnung der Auslagen für Krankenpflege und Krankenhauspflege ein Pauschbetrag zur Anwendung kommt. Wie im § 1503 RVO. wäre auszusprechen, daß für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns zu ersetzen ist, nach welchen sich das Krankengeld bestimmt und daß bei Krankenhauspflege das Gleiche für die Krankenpflege gilt, während für den Unterhalt im Krankenhause die Häfer des Grundlohnes angesetzt wird.

2. Die Beiträge, die bis zum Ablauf der zu Unrecht gewährten Unterstützung eingenommen, sind gegenüber der geleisteten Unterstützungen aufzurechnen. Soweit diese Aufrechnung stattfindet, kann weder der Arbeitgeber die Beiträge zurückfordern, noch die ersatzpflichtige Kasse die Beiträge nachfordern.

3. Der Anspruch auf Rückforderung zu Unrecht gewährter Unterstützung, der jetzt nach § 195 BGB. in dreißig Jahren verjährt, wäre sowohl gegenüber der ersatzpflichtigen Krankenkasse als auch gegenüber dem Versicherten oder sonstigen Personen einer kurzen Verjährungsfrist zu unterwerfen.

4. Die Rückforderung einer zu Unrecht gewährten Kassenleistung von dem Versicherten ist auszuschließen. Soweit es sich um Personen handelt, die weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt sind, kann es bei der Vorschrift des § 213 RVO. bewenden. Nur wäre auch hier die Rückforderung der Beiträge durch den Arbeitgeber auszuschließen.

5. Die §§ 315, 316 RVO. würden durch die Vorschrift zu ersetzen sein, daß jede Kasse Versicherungspflichtigen, die bei ihr vorschriftsmäßig angemeldet sind, im Versicherungsfalle die vollen Unterstützungen zu gewähren hat und daß sie, wenn der Betreffende Mitglied einer anderen Kasse ist, von dieser dafür Ersatz fordern kann nach den Grundsätzen, die für die Rückforderung zu Unrecht gewährter Unterstützungen maßgebend sind. Arbeitsunfähig Erkrankte, die sich durch einen Arbeitsversuch die Krankenhilfe verschaffen wollen, kommen naturgemäß nicht in Betracht, weil sie nicht versicherungspflichtig sind.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Schwangerschaftsbeihilfe (Kriegswochenhilfe) bei Fehlgeburt.

Entsch. des **Versicherungsamts Hamburg** vom 4. November 1914 (K 2504/15).

Der Ehemann der Klägerin gehörte vom 6. Januar 1913 bis zum Tage seines Eintritts in den Kriegsdienst, dem 19. März 1915, der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Altona als versicherungspflichtiges Mitglied an. Während er im Felde stand, erlitt sie eine Fehlgeburt, in deren Verlauf sie einen Arzt holen lassen mußte, der eine Auskratzung der Gebärmutter vornahm und dafür sowie für die sich anschließende mehrtägige Nachbehandlung ein Honorar von 40 M. berechnete. Auf Grund des § 3 Ziff. 3 der Bundesratsverordnung vom 3. Dezember 1914 forderte die Klägerin eine Beihilfe von 10 M. von der beklagten Kasse. Diese lehnte die Zahlung ab, wurde aber vom Versicherungsamt hierzu verurteilt aus folgenden Gründen:

Nach § 3 Ziff. 3 der Bundesratsverordnung vom 3. Dezember 1914 ist als Kriegswochenhilfe „eine Beihilfe bis zum Betrage von 10 M. für Hebammendienste und ärztliche Behandlung zu gewähren, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden". Es handelt sich also hier um die Frage, ob die nach Eintritt einer Fehlgeburt erforderliche Arzthilfe als eine ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden im Sinne dieser Vorschrift gelten kann. In dem der Zeitschrift „Die Krankenversicherung" Nr. 17 vom 10. September 1915 entnommenen Bescheide des Reichsamts des Innern wird diese Frage mit folgender Begründung verneint: In einem Bescheide

an eine Allgemeine Ortskrankenkasse vom 25. Juli 1915 hat sich das Reichsamt des Innern, wie die „Ortskrankenkasse" mitteilt, wie folgt, dazu geäußert: . . . (Hier folgt der in Arb.-Vers. 1915 Heft 24 S. 564 mitgeteilte Bescheid.)

Es ist diesen Ausführungen insoweit durchaus beizustimmen, als die Gesetzgeber bei der Regelung der Schwangerschaftshilfe nach § 199 RVO. nur an die Regelfälle gedacht haben, in denen vor der Entbindung die aus der Schwangerschaft herrührenden normalen Beschwerden in solchem Maße auftreten, daß sie die Schwangere arbeitsunfähig machen oder den Beistand von Arzt oder Hebamme erfordern. Das schließt aber nicht aus, daß auch solche Beschwerden und Erscheinungen, die mit einem annormalen Verlauf der Schwangerschaft zusammenhängen, darin einbegriffen sind. So starke Beschwerden, welche die Verrichtung der gewohnten Arbeit unmöglich machen oder verbieten oder Arzthilfe erfordern, sind an und für sich stets normwidrig und werden in der Regel mit anormalen Zuständen des Körpers oder der Geburtsorgane zusammenhängen, die in vielen Fällen zu vorzeitigen Entbindungen führen. Wenn daher in diesem Zusammenhang bei den Beratungen der Gesetzesbestimmung von Entbindung und Niederkunft die Rede war (vgl. Komm.Ber. 1903 S. 22 abgedruckt bei Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 2a zu § 199 RVO.), so hat man sicherlich nicht beabsichtigt, die Fälle annormal verlaufender Schwangerschaft auszunehmen. Unter Schwangerschaftsbeschwerden sind also auch die annormalen, also krankhaften Erscheinungen zu verstehen, die mit dem Zustand ursächlich zusammenhängen. Die Leistungen der Schwangerschaftshilfe bezwecken aber in erster Linie nicht — wie es in dem Bescheide des Reichsamts heißt — die Sorge für eine ordnungsmäßige Geburt und Erhaltung des Lebens für das Kind, sondern zunächst die Sorge für die Gebärerin des zu erwartenden Kindes, ihre Gesundheit, Pflege und Schonung. Es handelt sich hier um eine Mutterschaftsfürsorge, die zugleich die Fürsorge für das künftige Geschlecht in sich schließt. Ob im einzelnen Falle die während der Schwangerschaft geleistete Hilfe zur Geburt eines lebensfähigen Kindes führt, ist ganz bedeutungslos für die Gewährung der Hilfe wie für den Anspruch auf sie. Daß auch annormale, also krankhafte Erscheinungen im Zustande der Schwangerschaft, die zur Fehlgeburt führen, immer auch die Ansprüche auf die satzungsmäßigen Schwangerschaftsleistungen begründen, wobei die Ansprüche auf Krankenhilfe mit diesen konkurrieren und, falls sie auf die gleiche oder eine höhere Leistung gerichtet sind, diesen vorgehen, ist in der Literatur und Rechtsprechung der Krankenversicherung nicht bestritten. Daher ist auch ein Anspruch auf Hebammenhilfe nach § 199 Ziff. 3 neben den Leistungen der Krankenhilfe in solchen Fällen begründet (vgl. Hahn a. a. O.).

Müssen sonach auch annormale Beschwerden mit nachfolgender Fehlgeburt als „Schwangerschaftsbeschwerden" im Sinne der Krankenversicherung gelten, so muß auch die weitere Frage bejaht werden, ob die Fehlgeburt selbst noch als annormale Schwangerschaftserscheinung gelten kann. Nach Ansicht des Versicherungsamts endet bei der Fehlgeburt der Zustand der Schwangerschaft nicht bereits mit dem Eintreten der Wehen, sondern erst mit der Ausstoßung und Trennung der Frucht. Die Hilfe, die in diesem Zustand geleistet wird, ist im Sinne der Krankenversicherung keine bei einer Niederkunft „oder Entbindung" geleistete Hilfe, da man nach der Auffassung der Gesetzgeber von solcher nur dann sprechen kann, wenn es sich um die Geburt eines an sich lebensfähigen Kindes handelt. Dann muß man sie aber als eine bei der Schwangerschaft, aus ihrem Anlaß und vor ihrer Beendigung geleistete Hilfe betrachten. Da diese auch dann zu leisten ist, wenn es sich um krankhafte Erscheinungen in dem Verlauf der Schwangerschaft handelt, so ist der Anspruch auf Hebammenhilfe oder ärztliche Behandlung auch dann begründet, wenn sie erst im Laufe der Fehlgeburtsvorgänge erforderlich werden. Von diesen ist aber die Hilfe bei der „Retentio placentae" nicht zu trennen.

Erscheint sonach im Sinne des § 199 Ziff. 3 RVO. der Anspruch begründet, so ist er es auch nach § 3 Ziff. 3 der Bundesratsverordnung, welcher absichtlich dieser Vorschrift nachgebildet ist und daher die gleiche Rechtsauslegung gestattet und erfordert. Denn auch die Kriegswochenhilfe bezweckt in der gleichen Weise wie die Wochenhilfe der Krankenversicherung die Erzielung eines gesunden Nachwuchses durch die Sorge für die Mütter während der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett.

Da auch im übrigen die Voraussetzungen zur Gewährung der Beihilfe gegeben sind, im besonderen der Höchstbetrag der Beihilfe mit Rücksicht auf die weit höheren notwendigen Aufwendungen für Arzthilfe, die nur zum geringen Teile auf die Nachbehandlung entfallen, gerechtfertigt ist, so war die Beklagte antragsgemäß zu verurteilen.

Pflicht der Kassenärzte zur Aufführung der Einzelleistungen in den Rechnungen.

Entscheidung des Schiedsgerichts für ärztliche Streitigkeiten im Regierungsbezirk Magdeburg vom 29. Oktober 1915.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse zu B. hat mit dem Verein der Kassenärzte des Kreises J. einen Vertrag abgeschlossen, dessen § 10 Abs. 3 folgenden Wortlaut hat: „Jeder Kassenarzt hat viertel-

jährlich über seine einzelnen kassenärztlichen Leistungen nach §§ 7, 7a und 8 dieses Vertrages seine Rechnung bis spätestens am 15. des ersten Vierteljahrsmonats einzureichen. Sie bleibt Eigentum der Kasse. Nach Prüfung der Rechnungen durch die dazu bestellten Organe der Kasse und des Aerztevereins wird das Honorar an die einzelnen Aerzte oder deren Beauftragte ausgezahlt".

Der Verein der Kassenärzte legte diesen Vertrag so aus, daß die Aerzte nicht nötig hätten, jede einzelne Leistung besonders aufzuführen, sondern daß es genüge, den Gesamtbetrag der Kosten für die ärztliche Behandlung eines Mitgliedes in dem in Frage kommenden Vierteljahr anzugeben. Tatsächlich teilten die Aerzte in ihren Abrechnungen auch nur diesen Gesamtbetrag mit. Die Kasse hatte somit gar keine Möglichkeit, die Honorarforderungen der Aerzte nachzuprüfen. Bei der Einigungskommission, die im Vertrage für solche Streitfälle vorgesehen ist, kam eine Einigung nicht zustande. Die Kasse rief daraufhin das ärztliche Schiedsgericht (§ 6 des Berliner Abkommens) an, das zunächst folgendes feststellte:

Die Parteien einigen sich darüber, daß das Schiedsgericht nur aus den vom Oberversicherungsamt bestellten Unparteiischen besteht und enthalten sich des Einspruchs, daß das Schiedsgericht nicht nach der Bestimmung des § 13 des Kassenarzt-Vertrages vom 10. September 1914 zusammengesetzt ist. Gegenstand des Streites ist die Auslegung des § 10 Abs. 3 dieses Vertrages.

Nachdem der Sachverhalt vorgetragen war und nachdem die Parteien und deren Rechtsbeistände sich über die Entstehung und den Abschluß des Vertrages geäußert hatten, wurde entschieden:

Im § 10 Abs. 3 des Kassenarztvertrags vom 10. September 1914 sind unter „einzelne kassenärztliche Leistungen nach §§ 7, 7a und 8 dieses Vertrages" Sprechstunden, Hausbesuche und Extraleistungen zu verstehen. Die Kosten des Schiedsgerichts werden dem Verein der Kassenärzte auferlegt.

Nachschrift des Einsenders (F. Kl.): Diese Entscheidung ist für die Krankenkassen von großer Wichtigkeit. Der angeführte Wortlaut des Vertrages findet sich in allen Kassenarztverträgen. Er ist den Muster-Verträgen entnommen, wie sie vom Leipziger Aerzteverband herausgegeben worden sind. Die Neigung der Aerzte, die in Frage stehenden Angaben nicht mehr machen zu wollen, nimmt an Ausdehnung zu. In Leipzig beschloß der Aerzteverein, die von den Krankenkassen auf den Krankenscheinen geforderten Anmerkungen über die einzelnen Besuche, Konsultationen usw. nicht mehr geben zu wollen.

Anmerkung der Schriftleitung: Die hier für das Verhältnis des Arztes zur Kasse auf Grund des Berliner Abkommens getroffene Entscheidung entspricht auch dem, was im Verhältnis des Arztes zu seinen Patienten in Rechtsprechung und Rechtslehre anerkannt ist. Zu vgl. Entsch. des Oberlandesgerichts München vom 28. Januar 1905 in Seufferts Arch. 60 S. 223; Förster, Preuß. Gebührenordg. Anm. 27 zu § 3.

---

§ 405 Abs. 2 RVO. setzt voraus, daß tatsächlich „Streit" besteht.

Entsch. des Oberversicherungsamts Karlsruhe vom 10. November 1915 (Nr. 3424).

Der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse hat bei dem Versicherungsamt auf Grund des § 405 RVO. den Antrag gestellt, dem Bijouteriehändler S. für verpflichtet zu erklären, der Allgemeinen Ortskrankenkasse an rückständigen Versicherungsbeiträgen vom Jahre 1912, sowie für Mahngebühren den Betrag von insgesamt 32,85 M. sowie die Kosten des Verfahrens zu bezahlen. Entsprechende Anträge wurden in 95 Fällen gegen andere Arbeitgeber oder beitrittsberechtigte Versicherte gestellt. Sämtliche Schuldner waren vorher auf Grund des § 28 der RVO. und der Verordn. vom 14. Januar 1893, die Beitreibung von Forderungen der Anstalten zur Arbeiterversicherung und der Innung betreffend, betrieben worden, jedoch ohne Erfolg. Keiner der Schuldner hatte Einwendungen erhoben, auch nicht solche, welche den Forderungsanspruch der Kasse selbst betroffen hätten.

Mit der beantragten Herbeiführung rechtskräftiger Entscheidungen will die Kasse erreichen, daß ihre Ansprüche an die mit der Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge im Rückstand befindlichen Schuldner nicht mehr der kurzen Verjährungsfrist von zwei Jahren, vom Tage des jeweiligen fruchtlosen Pfändungsversuchs ab gerechnet, unterliegen (§ 209 Ziff. 5, 217 BGB. und § 29 Abs. 1 RVO.), sondern auf ihre Forderungen die dreißigjährige Verjährungsfrist des § 218 BGB. Anwendung findet und sie dadurch der Notwendigkeit, jeweils vor Ablauf von zwei Jahren zur Unterbrechung der Verjährung ihrer Forderungen wieder eine Vollstreckungshandlung vornehmen zu müssen, enthoben wäre.

Der Vorsitzende des Versicherungsamts hat — ohne übrigens den beteiligten Schuldnern der Kasse gemäß § 20, 21 der Kaiserl. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 von den gestellten Anträgen Mitteilung gemacht zu haben — die Erlassung der beantragten Entscheidungen über die geltend gemachten Forderungsansprüche abgelehnt mit der Begründung, daß es sich um keine bestrittenen Ansprüche der Kasse handle. Gegen diese in 96 Fällen gleichlautenden Verfügungen hat der Kassenvorstand Beschwerde ergriffen, im Laufe des Beschwerdeverfahrens aber die Durchführung der Beschwerde auf den Fall des eingangs erwähnten Bijouteriehändlers S. beschränkt und die übrigen Beschwerden vorerst beruhen lassen.

Das Oberversicherungsamt hat die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Anwendung der Bestimmung des § 405 Abs. 2 RVO. hat zur Voraussetzung, daß zwischen einem Arbeitgeber und einer Kasse über die Verpflichtung Beiträge zu zahlen, ein Streit besteht. Ein solcher Streit kann zwar ausnahmsweise auch schon bestehen, bevor ein Versicherungsverhältnis zu Stande gekommen und die Verpflichtung zur Beitragszahlung zur Entstehung gelangt ist, kann aber auch erst dann entstehen, wenn das Versicherungsverhältnis bereits abge-

laufen war. In allen solchen Fällen ist das Begehren der Erlassung einer (Feststellungs-) Entscheidung auf Grund des § 405 Abs. 2 RVO. gerechtfertigt. Allein im vorliegenden Falle ist seitens des Arbeitgebers zu keiner Zeit bisher die Verpflichtung zur Zahlung der von der Ortskrankenkasse geforderten Versicherungsbeiträge irgendwie bestritten worden. Ein Streit im Sinne des § 405 Abs. 2 besteht also im vorliegenden Falle überhaupt nicht. Die Möglichkeit allein aber, daß der in Anspruch genommene Schuldner später vielleicht einmal seine Verpflichtung bestreiten könnte, ist nicht genügend, einen Anspruch der Ortskrankenkasse auf Erlaß einer Entscheidung nach § 405 Abs. 2 im jetzigen Zeitpunkt zur Entstehung zu bringen. Daran vermag auch der Umstand, daß zur Vermeidung der Verjährung der Forderung der Kasse alle zwei Jahre das Beitreibungsverfahren wiederholt werden muß, nichts zu ändern. Der § 29 RVO. sieht eine Verjährung von Rückständen in längstens drei Jahren vor*). Es würde aber einer völligen Ausschaltung dieser Bestimmung gleichkommen, wenn man den Krankenkassen das Recht zugestehen wollte, durch Herbeiführung von Entscheidungen auf Grund des § 405 Abs. 2 der RVO. lediglich der den Kassen durch die Vornahme weiterer Vollstreckungshandlungen erwachsenden Mehrarbeit wegen ohne Not den Eintritt der Verjährung auf 30 Jahre hinaus zu unterbrechen.

Rückforderung von Kassenbeiträgen; Anwendung von Vorschriften des BGB. über ungerechtfertigte Bereicherung.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 9. Oktober 1915 (II K. 769/15).

Der Schneider F. in Hamburg meldete im Januar 1914 eine von ihm beschäftigte Näherin bei der gemeinsamen Meldestelle zur Krankenversicherung an. Die Meldestelle glaubte, daß F. selbständiger Schneidermeister sei, und überwies daher die Meldung der Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe. Nachdem die Kasse die Beiträge für vier Wochen in Höhe von 2,16 M. erhoben hatte, stellte sich heraus, daß F. Hausgewerbtreibender ist, und daher für die Versicherung der Näherin die Allgemeine Ortskrankenkasse zuständig war. Diese zog nunmehr die Beiträge von dem Arbeitgeber auch für die Vergangenheit ein. F. beantragte darauf bei der Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe, ihm die an sie gezahlten Beiträge zurückzuerstatten. Die Kasse zahlte nur 69 Pf. zurück. Die Erstattung eines Restbetrags wurde verweigert, weil die Kasse auf Grund der Anmeldung der Näherin an Meldegebühren 42 Pf. und an Arzthonorar, das nach der Zahl der Versicherten berechnet werde, 1,05 M. habe zahlen müssen. Diese Beträge könne sie von der zurückzuerstattenden Beitragssumme abziehen. Das von Fuhlendorf nach § 405 Abs. 2 RVO. angerufene Versicherungsamt verurteilte die Kasse, die Beiträge in voller Höhe zurückzuzahlen. Die Vorschrift des § 818 Abs. 3 BGB., die den Anspruch auf Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung insoweit ausschließe, als der Empfänger nicht mehr bereichert sei, könne auf das öffentlich-rechtliche Gebiet der Krankenversicherung nur angewandt werden, soweit sie mit den dafür geltenden Grundsätzen vereinbar sei. Aus diesen ergebe sich aber, daß bei der Rückerstattung von Beiträgen Aufwendungen der Kasse nur dann abzugsfähig seien, wenn die Erhebung des Beitrags besondere ausscheidbare Kosten verursacht habe oder der Beitrag zu besonderen Zwecken verwendet worden sei. Dagegen seien unausscheidbare Kosten der vorliegenden Art nicht ohne weiteres abzugsfähig. Die Kasse könne von dem Arbeitgeber Ersatz der Kosten nur dann verlangen, wenn der Arbeitgeber zum Schadenersatze verpflichtet sei (zu vgl. § 823 BGB.). Das sei vorliegend nicht der Fall. Dabei könne dahingestellt bleiben, ob die nach § 317 Abs. 4 RVO. von der obersten Verwaltungsbehörde erlassenen Meldevorschriften als ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB. anzusehen seien. Jedenfalls treffe den Arbeitgeber vorliegend kein Verschulden, da er nicht verpflichtet gewesen sei, sich auf dem Meldevordruck als Hausgewerbtreibender zu bezeichnen.

Die Beschwerde der Kasse gegen diese Entscheidung hat das Oberversicherungsamt nach §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt zur Entscheidung abgegeben. Das Reichsversicherungsamt wies die Beschwerde zurück aus folgenden Gründen:

Die Reichsversicherungsordnung enthält keine ausdrückliche Vorschrift darüber, daß zu Unrecht erhobene Krankenversicherungsbeiträge von der Kasse zurückzuerstatten sind. § 405 Abs. 2 regelt lediglich das Verfahren bei Geltendmachung des Erstattungsanspruchs. Auf diesen selbst sind somit die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches über ungerechtfertigte Bereicherung (§§ 812 ff.) ergänzend anzuwenden. Das ist jedoch, wie das Versicherungsamt zutreffend ausführt, nur insoweit zulässig, als es mit den für das öffentlich-rechtliche Gebiet der Krankenversicherung geltenden Grundsätzen vereinbar ist (zu vgl. Entsch. 1936, Amtl. Nachr. 1914 S. 819 letzter Absatz). Dem widerspricht auch nicht die Entscheidung 2054 (Amtl. Nachr. 1915 S. 589). Dort ist nur ausgesprochen, daß die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Zahlung von Beiträgen erschöpfend seien und daneben für die Anwendung der Vorschriften des bürgerlichen Rechtes kein Raum sei. Nach § 812 BGB. ist, wer durch die Leistung eines anderen oder in sonstiger Weise auf dessen Kosten etwas ohne rechtlichen Grund erlangt, ihm zur Herausgabe verpflichtet. Gegen die Anwendung dieser Vorschrift auf das Gebiet der Kranken-

*) Nämlich zwei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahrs der Fälligkeit, so daß, wenn der Beitrag am 1. Januar fällig geworden war, drei Jahre als längste Frist herauskommen.

versicherung bestehen keine Bedenken (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 56 S. 346). Auch die Voraussetzungen der Vorschrift sind vorliegend erfüllt, da die Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe für die Versicherung der von F. beschäftigten Näherin nicht zuständig war und somit die Beiträge ohne rechtlichen Grund erhalten hat. Nach § 818 Abs. 3 BGB. ist der Anspruch auf Herausgabe ausgeschlossen, soweit der Empfänger nicht mehr bereichert ist. Es kann dahingestellt bleiben, ob diese Vorschrift auf das öffentlich-rechtliche Gebiet der Krankenversicherung anzuwenden ist. Mag das auch der Fall sein (zu vgl. Entsch. des Reichsger. a. a. O.), so gibt dies der Kasse doch nicht das Recht, die Meldegebühr und den Betrag für das Arzthonorar ohne weiteres von der zurückzuerstattenden Beitragssumme abzuziehen. Nach § 818 Abs. 3 a. a. O. sind Aufwendungen, die der Bereicherte gemacht hat, nur dann abzugsfähig, wenn sie ohne die Bereicherung nicht gemacht worden wären (zu vgl. Entsch. des Reichsger. vom 12. Januar 1904 in Gruchots Beiträgen zur Erläuterung des Deutschen Rechts 47 S. 1084 und vom 19. Januar 1911, Juristische Wochenschrift 1911 S. 323). Die Aufwendungen müssen also in ursächlichem Zusammenhange mit der empfangenen Leistung stehen (zu vgl. Komm. zum BGB. von den Reichsgerichtsräten Hoffmann, Erler u. a., Anm. 6 zu § 818). Das ist vorliegend nicht der Fall. Die Meldegebühr und das Arzthonorar sind schon auf Grund der Meldung gezahlt worden und stehen mit der Beitragsentrichtung selbst in keinem Zusammenhange. Die Kasse hätte jene Aufwendungen auch dann gemacht, wenn die Beitragszahlung durch F. überhaupt unterblieben wäre. Die Aufwendungen sind somit, wie das Versicherungsamt im Ergebnis zutreffend annimmt, nach § 818 Abs. 3 BGB. nicht abzugsfähig. Der abweichenden Ansicht des Landgerichts Hamburg in der Entsch. vom 10. November 1914 kann aus den dargelegten Gründen nicht beigetreten werden. Die Kasse könnte hiernach, wie das Versicherungsamt gleichfalls mit Recht bemerkt, Ersatz der Aufwendungen von dem Arbeitgeber nur aus dem Gesichtspunkte des Schadenersatzes verlangen. Dann wäre sie befugt, ihre Schadenersatzforderung entweder gegen die Forderung des Arbeitgebers auf Rückzahlung der Beiträge aufzurechnen oder besonders im Wege der Klage geltend zu machen. Zur Entscheidung über den Schadenersatzanspruch sind aber die Instanzen der Reichsversicherung nicht zuständig. Ihre Zuständigkeit reicht nur soweit, wie sie durch besondere Rechtsvorschriften begründet ist (zu vgl. Revisionsentsch. 1140 und 1954, Amtl. Nachr. 1904 S. 483 und 1915 S. 350 sowie Revisionsentsch. vom 23. November 1914 — IIa K. 14/14). Es fehlt aber an einer gesetzlichen Vorschrift, wonach über einen Schadenersatzanspruch der bezeichneten Art, sofern er überhaupt besteht, die Instanzen der Reichsversicherung zu entscheiden haben. Demnach kann nur die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte in Frage kommen. Bei dieser Sachlage dürfen die Instanzen der Reichsversicherung auch nicht über einen im Wege der Einrede geltend gemachten Schadenersatzanspruch der vorliegenden Art entscheiden (zu vgl. die bezeichnete Revisionsentsch. 1140 sowie die Revisionsentsch. 1479 und 1519, Amtl. Nachr. 1910 S. 505 und 653, auch Hanow-Lehmann, Komm., Anm. 6c zu § 1324 RVO.). Wenn das Versicherungsamt dies gleichwohl getan hat, so hat es seine Zuständigkeit überschritten. Es hätte entweder die Einrede als im gegenwärtigen Verfahren unstatthaft zurückweisen oder das Verfahren aussetzen müssen, um der Kasse Gelegenheit zu geben, ihren Schadenersatzanspruch vor den ordentlichen Gerichten geltend zu machen, um alsdann über die Aufrechnung als solche zu entscheiden (zu vgl. Rev.Entsch. 1140). Nach Ansicht des Beschlußsenats lag zu einer derartigen Aussetzung keine Veranlassung vor. Die Aufrechnungseinrede der Kasse war daher als im vorliegenden Verfahren unstatthaft zurückzuweisen, so daß es im Ergebnis bei der angefochtenen Entscheidung bewenden muß. Es bleibt der Kasse überlassen, ihren vermeintlichen Schadenersatzanspruch gegen den Arbeitgeber im Wege der Klage vor den ordentlichen Gerichten zu verfolgen.

B. Zur Unfallversicherung.

Ersatzkassen haben nach § 1528 RVO. Anspruch auf die Unfallentschädigung nur solcher Mitglieder, deren Rechte und Pflichten nach [redacted] § 517 ruhen.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. September 1915 (2117 Amtl. Nachr. S. 771).

Nach § 1528 RVO. kann eine Ersatzkasse, wenn sie infolge eines Unfalles pflichtgemäß für eine Zeit geleistet hat, für die der Berechtigte infolge des Unfalls einen Anspruch auf reichsgesetzliche Unfallentschädigung hatte oder noch hat, unter entsprechender Anwendung des § 1501 Abs. 2, 3 und der §§ 1502 bis 1507, 1516 Abs. 2 als Ersatz die Unfallentschädigung beanspruchen. Es fragt sich, ob in solchen Fällen der Ersatzanspruch für die Unterstützung aller Mitglieder der Ersatzkassen begründet ist oder ob

er zur Voraussetzung hat, daß es sich um ein versicherungspflichtiges Mitglied handelt, dessen Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse auf seinen Antrag gemäß § 517 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung ruhen. Das Reichsversicherungsamt hat letzteres angenommen.

Nach dem bisherigen Rechte (§ 25 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, § 30 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft, § 44 des Bau-Unfallversicherungsgesetzes, § 29 des See-Unfallversicherungsgesetzes) war den eingeschriebenen Hilfskassen wie auch den sonstigen privaten Kranken-, Sterbe- und Unterstützungskassen ein Ersatzanspruch eingeräumt, wenn sie ihre Mitglieder für einen Zeitraum unterstützt hatten, für den diesen nach dem Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz ein Entschädigungsanspruch zustand. § 1508 Abs. 1 des Entw. einer RVO. wollte daran nichts ändern. Er lautete: „Leistet ein Knappschaftsverein, eine Knappschaftskasse, eine Ersatzkasse, eine Sterbe- oder andere Unterstützungskasse infolge eines Unfalls pflichtgemäß für eine Zeit, für die der Berechtigte infolge eines Unfalls Anspruch auf reichsgesetzliche Unfallentschädigung hatte oder noch hat, so kann der Knappschaftsverein oder die Kasse..... als Ersatz die Unfallentschädigung beanspruchen". Die Reichstagskommission hat in der Ausgleichslesung die Worte „eine Sterbe- oder andere Unterstützungskasse" gestrichen (Anlage Nr. 860 Ziff. 6), offenbar unter Billigung der Begründung des in erster Lesung gestellten, hier abgelehnten ebenfalls auf Streichung dieser Worte gerichteten Antrags (Nr. 476 Ziff. 6). Der Antragsteller hatte dazu ausgeführt: „Warum ebenso wie den reichsgesetzlichen und den ihnen gleichstehenden öffentlich-rechtlichen Kassen, auch privaten Unterstützungs- oder Sterbekassen ein Ersatzanspruch für Leistungen zustehen solle, die sie als Gegenleistungen für empfangene Beiträge des Versicherten zu gewähren hatten, sei nicht ersichtlich"; Kommissionsbericht V S. 22, 23. Mit den reichsgesetzlichen und den ihnen gleichstehenden öffentlich-rechtlichen Kassen konnte der Antragsteller nur die im § 1483 des Entw. (§ 1501 RVO.) für ersatzberechtigt erklärten Krankenkassen, die Knappschaftsvereine sowie die Knappschaftskassen in ihrer Eigenschaft als Krankenkassen und als Pensionskassen und die Ersatzkassen, letztere jedoch nur insoweit gemeint haben, als sie an die Stelle der Krankenkassen treten und die reichsgesetzlichen Aufgaben der Krankenversicherung erfüllen. Dementsprechend gibt § 1528 RVO. einen Ersatzanspruch unter den dort bezeichneten Voraussetzungen nur den Knappschaftsvereinen, Knappschaftskassen und Ersatzkassen.

Die Erwägungen, die den Gesetzgeber offenbar veranlaßt haben, in bewußter Abweichung vom bisherigen Recht den sonstigen Unterstützungskassen einen Ersatzanspruch aus der Unfallentschädigung nicht mehr zu gewähren, treffen auch bei den Ersatzkassen zu, soweit sie versicherungspflichtige Mitglieder unterstützen, deren Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse nicht nach § 517 Abs. 1 RVO. ruhen. Für solche Mitglieder ist der als Ersatzkasse zugelassene Versicherungsverein a. G., wenn auch seine Leistungen an die Versicherungspflichtigen mindestens den Regelleistungen der Krankenkasse entsprechen müssen, lediglich Zuschußkasse (Begr. zum Entw. einer RVO. S. 247). Sie bleiben Vollmitglieder der Krankenkasse. Es ist nicht ersichtlich, weshalb den Ersatzkassen, soweit sie nur Zuschußkassen sind, aus der Unfallentschädigung ein Ersatzanspruch zustehen sollte, der den sonstigen Unterstützungskassen versagt worden ist. Auch liegt kein Grund vor, Versicherungspflichtige, die eine Ersatzkasse nur als Zuschußkasse benutzen, schlechter zu stellen als Versicherungspflichtige, die einer sonstigen Unterstützungskasse angehören. Rechtfertigen schon diese an die Entstehungsgeschichte des § 1528 anknüpfende Betrachtungen die Auffassung, daß sie als ersatzberechtigt nach § 1528 Ersatzkassen nur insoweit gelten können, als es sich um die Unterstützung versicherungspflichtiger Mitglieder handelt, die von dem Rechte des § 517 Abs. 1 Gebrauch gemacht haben, so spricht für eine solche einschränkende Auslegung des Begriffs Ersatzkasse im Sinne des § 1528 auch die Bedeutung, die nach der ausgesprochenen Absicht der Begründung das Wort „Ersatzkasse" im 5. Buch haben soll. Dort wird auf S. 467 ausgeführt, daß das Wort Ersatzkasse im 5. Buche, soweit hier nicht ausdrücklich etwas anderes vorgeschrieben ist — das ist nach Ablehnung der Vorschrift im § 1510 Abs. 3 des Entw. nicht der Fall — stets in dem engeren Sinne gebraucht wird, nämlich nur in Bezug auf die Mitglieder, deren Rechte als Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse ruhen; zu vgl. von Köhler u. a., RVO. Anm. 1 zu § 1528, Stier-Somlo, Handausgabe Anm. 2 zu § 1528, Lehmann, Kommentar Anm. 5 zu § 1516, Anm. 5 zu § 1521, Anm. 5 zu § 1542, Anm. 6 zu § 1544. § 1528 der Reichsversicherungsordnung gilt danach für die Ersatzkassen nur insoweit, als sie versicherungspflichtige Mitglieder unterstützen, deren Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse nach § 517 Abs. 1 a. a. O. ruhen. Da vorliegend ein Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten bei der Pflichtkasse nicht gestellt worden ist, so hat das Oberversicherungsamt mit Recht angenommen, daß ein Ersatzanspruch nach § 1528 der Ersatzkasse nicht zustand.

---

§ 1700 Nr. 2 RVO. ist nicht anzuwenden, wenn das Vorliegen eines Betriebsunfalls und folglich die Entscheidungspflicht überhaupt bestritten ist.

Ref.Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 8. März 1915.

Die Zulässigkeit des Rekurses ist nicht zu beanstanden. Nach § 1700 Nr. 2 RVO. ist der Rekurs ausgeschlossen, wenn es sich handelt um Renten für eine Erwerbsunfähigkeit, die zur Zeit der Entscheidung des Rekursgerichts unstreitig oder nach rechtskräftiger Feststellung vorübergegangen ist. Demnach muß die Rente den Gegenstand des Streites bilden. Dies ist nicht der Fall, wenn der Versicherungsträger, der die Entschädigungspflicht abgelehnt hat, gegen ein Urteil, das auf eine Rente erkennt, den Rekurs einlegt, nicht weil er die Rente, sondern weil er die Entschädigungspflicht bekämpft. Denn dann dreht sich der Streit nicht um die Rente, sondern um die Entschädigungspflicht, den Grund des Anspruchs. Die Vorschrift der Nr. 2 auch auf diesen Fall auszudehnen, besteht kein Anlaß. Dagegen spricht schon die Erwägung, daß die Vorschrift eine Ausnahme von der Regel des § 1699 enthält und Ausnahmen eng auszulegen sind. Eine ausdehnende Auslegung erscheint um so bedenklicher, als sie die Rechtsstellung des Versicherungsträgers verhältnismäßig schwer beeinträchtigen kann; denn in dem nicht seltenen Falle des Eintritts einer Verschlimmerung wäre der Versicherungsträger, obwohl er seine Entschädigungspflicht bestritten hat, zur Entschädigungsleistung verurteilt, ohne daß er in der Rekursinstanz hätte gehört werden können. Für eine ausdehnende Auslegung fehlt in den Gesetzgebungsverhandlungen jeder Anhalt. Bei der Vorschrift des § 1696 Nr. 1, die im wesentlichen die gleiche Bedeutung wie die in § 1700 Nr. 2 hat (vgl. Amtl. Nachr. 1912 S. 1184 Nr. 1652), wurde in der Kommissionsberatung ausdrücklich hervorgehoben, daß die mit Nr. 1 erstrebte Beschränkung nur die Bemessung der Rente, nicht auch die Versicherungspflicht treffen soll (Reichstagsverhandlungen Nr. 279 S. 5122). Der Gedanke, den Grund des Anspruchs gesondert von der Leistung zu behandeln, ist auch dem Gesetze nicht fremd. Durch § 1668 Abs. 2 ist dem Oberversicherungsamte gestattet, sich darauf zu beschränken, den Anspruch dem Grunde nach anzuerkennen. Macht das Oberversicherungsamt hiervon Gebrauch, so ist für die Ausnahme des § 1700 Nr. 2 jedenfalls kein Raum mehr. Demnach erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß diese Ausnahmevorschrift nur dann zutrifft, wenn die Rente selbst den Gegenstand des Streites bildet, nicht aber dann, wenn der Grund des Anspruchs bestritten wird. Damit steht auch die Entscheidung des Rekursgerichts vom 2. Juli 1913 (Mitteilungen 1913 S. 92 Nr. 1376) im Einklange, worin trotz der Vorschrift in § 1700 Nr. 7 der Rekurs für zulässig erachtet wird, wenn das Oberversicherungsamt zwar eine vorläufige Rente feststellt, der Versicherungsträger aber die Entschädigungspflicht als solche bestreitet. Von dem gleichen Gesichtspunkte geht auch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts zu § 1696 Nr. 1 aus (Amtl. Nachr. 1913 S. 513, 1914 S. 506). (Breithaupt.)

Ob einem Unfallverletzten der im Einspruchsverfahren für die Kosten eines ärztlichen Gutachtens geleistete Vorschuß zurückzuzahlen ist, entscheidet das VAmt und endgültig das OVA.

Grundſ. Entsch. des **sächs. Landesversicherungsamts** vom 27. März 1915.

Der Kläger hat von der Beklagten die Erstattung eines Betrages von 10 M. gefordert, den er im Einspruchsverfahren beim Versicherungsamte zum Zwecke der Vorausentrichtung der Kosten der von ihm beantragten und vom Versicherungsamte angeordneten Vernehmung eines Arztes bezahlt hat. Von der Beklagten ist die Erstattung abgelehnt worden. Die dagegen vom Kläger beim OVA. eingelegte Beschwerde hat dieses dem Landesversicherungsamte mit der Bemerkung überreicht, daß es sich um einen Antrag auf Ergänzung eines Urteils des Landesversicherungsamtes i. S. der §§ 1674, 1701 RVO. handle. Das OVA. geht also davon aus, daß die Kosten des nach Erlegung des Vorschusses seitens des Klägers vom Versicherungsamte herbeigezogenen Gutachtens zu denen gehörten, die dem Kläger bei der Rechtsverfolgung vor den Instanzgerichten außergerichtlich entstanden sind, und über deren Erstattung deshalb nach § 1670 Abs. 1 und 2 RVO. im Urteile unter Festsetzung des Betrags zu entscheiden gewesen wäre. Das ist unzutreffend. Denn es handelt sich um Kosten, die im Einspruchsverfahren zufolge der für dieses Verfahren zum Schutze des Berechtigten in den §§ 1592 ff. RVO. angeordneten Maßnahmen entstanden sind, einen Teil des der Vorbereitung des Feststellungsbescheides der Berufsgenossenschaft dienenden Aufwands bilden und demgemäß nach § 59 Abs. 2 RVO. der Kasse des Bundesstaats oder Gemeindeverbands erstattet werden müssen, bei dem das mit dem Einspruche befaßte Versicherungsamt besteht. Dazu gehören, wie die Vergütung nach § 1592 Abs. 1 Satz 5, die Kosten eines vom Versicherungsamte nach § 1595 eingeholten Gutachtens, auch eines Gutachtens, das auf das Verlangen des Berechtigten nach Vernehmung eines bestimmten, von ihm bezeichneten

Arztes eingeholt wird. Für diesen Fall wird zwar durch die Vorschrift des § 1596 Abs. 1 RVO. dem Versicherungsamte die sonst ihm zustehende Prüfung der voraussichtlichen Erheblichkeit des Gutachtens versagt und — zur Vermeidung überflüssiger oder mutwilliger Anträge — die Einholung des beantragten Gutachtens von der Vorschußleistung des Antragstellers abhängig gemacht. Das Gutachten aber wird vom Versicherungsamte eingeholt und entlohnt; die dafür aufgewendeten Kosten bilden deshalb einen Teil der durch das Einspruchsverfahren entstandenen behördlichen Kosten. Aus diesem Grunde hat das Gesetz, wie im § 1592 Satz 5 für die Festsetzung der dem Berechtigten aus Anlaß seiner Vernehmung zukommenden Vergütung, so im § 1596 Abs. 2 RVO. für die Erstattung seines Auslagenvorschusses ein besonderes Verfahren geordnet, in dem das Versicherungsamt nach der endgültigen Festsetzung der Rente im Falle eines Erfolges des Berechtigten die Prüfung, ob und inwieweit dieser Erfolg auf das Gutachten zurückzuführen ist, anzustellen hat. Das Ergebnis dieser Prüfung entscheidet über die Vorschußerstattung und damit auch darüber, ob und inwieweit die Kosten des nach Vorschußleistung eingeholten Gutachtens von der Berufsgenossenschaft gemäß § 59 Abs. 2 RVO. zu erstatten sind. Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts steht nach § 1596 Abs. 2 Satz 2 RVO. den Beteiligten, also dem Antragsteller und der Berufsgenossenschaft die Beschwerde innerhalb der im § 128 Abs. 1 a. a. O. bestimmten Frist an das Oberversicherungsamt zu, das darüber endgültig entscheidet. Die Zuständigkeit des Landesversicherungsamtes kann nicht in Frage kommen.

Die Beschwerde des Klägers ist hiernach als Antrag gemäß § 1596 Abs. 2 Satz 1 RVO. auf Erstattung eines gemäß Abs. 1 ebenda entrichteten Vorschusses zu behandeln und die Sache an das zur Entscheidung berufene Versicherungsamt abzugeben.

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Die Krankenhausverwaltung haftet dem von der Kasse eingewiesenen Versicherten für Schaden, der ihm durch Verschulden des Arztes entsteht.

Entsch. des Reichsgerichts, 3. Zivilsenat vom 4. Juni 1915 (III 581/14).

Der Kläger wurde auf Veranlassung seiner Krankenkasse in das der beklagten Pfarrgemeinde gehörige und von ihr geleitete Krankenhaus aufgenommen. In das Zimmer, in dem er lag, wurde auf Veranlassung des Anstaltsarztes, der die Erlaubnis hatte, Patienten zur Vornahme von Operationen in der Anstalt unterzubringen, ein Knabe gebracht, der im Anschluß an eine Scharlacherkrankung mit einem Ohrenleiden behaftet war. Dies führte zur Ansteckung des Klägers mit Scharlach. Dieser macht die Beklagte für den ihm erwachsenen Schaden haftbar. Das Reichsgericht erachtete, wie das Oberlandesgericht, den Anspruch für begründet aus folgenden Gründen:

Es ist zu prüfen, ob die Umstände des Falles, insbesondere der Zweck des Vertrags dafür sprechen, daß durch diesen eine unmittelbare Berechtigung des Klägers geschaffen werden sollte, und das ist zu bejahen. Zwar gewährte die Ortskrankenkasse dem Kläger die Krankenhauspflege auf Grund des ihr nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 verbunden mit § 7 Kr.Vers.Ges. zustehenden Wahlrechts an Stelle der ihr nach § 6 obliegenden Leistungen und sonach zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Fürsorgepflicht. Auch ist zuzugeben, daß nicht bei jedem Vertrag, der die Fürsorge für einen Dritten bezweckt, den Vertragschließenden ohne weiteres die Absicht zu unterstellen ist, unmittelbare Rechte des Dritten gegen den Vertraggenossen des Versprechenempfängers zu begründen. Die Aufnahme einer solchen Auslegungsregel in das Bürgerliche Gesetzbuch ist von der Kommission für die zweite Lesung des Gesetzes gerade aus der Erwägung heraus abgelehnt worden, daß der Fürsorgezweck nicht unter allen Umständen auf den Willen der Vertragschließenden hinweise, dem Dritten Vertragsrechte zu verschaffen (Protokolle, Guttentagsche Ausgabe Bd. 1 S. 751 unter 3 und S. 754/755). Allein die Aufgabe der öffentlichen Krankenversicherung ist es, die Versicherten vor den Gefahren einer dauernden Schädigung durch Krankheit und den damit verbundenen wirtschaftlichen Nachteilen zu bewahren und ihre Heilung zu fördern. Da sich die öffentlich-rechtliche Verpflichtung der Kasse gegenüber den Versicherten in der Gewährung von Krankenhilfe erschöpft und sich auf deren Durchführung nicht miterstreckt, so kann die Erfüllung dieser Verpflichtung nicht als der eigentliche oder wenigstens nicht als der alleinige Zweck gelten, der mit der Einweisung und Aufnahme eines Kassenmitglieds in ein Krankenhaus verbunden wird. Vielmehr ist als der einzige oder als zweiter gleichwertige Zweck der Vertragschließung mit der Krankenhausverwaltung die Beschaffung einer sachgemäßen Krankenbehandlung für den Versicherten und folgeweise auch dessen Sicherstellung gegen

falsche Maßnahmen des Krankenhauspersonals anzusehen, welche die Genesung hindern oder erschweren. Dieser alleinige oder weitere Zweck ist nur dadurch zu erreichen, daß der Dritte durch den Vertrag zwischen der Kasse und dem Krankenhausunternehmer ein eigenes Recht auf ordnungsmäßige Krankenhausbehandlung erlangt. Zwischen der Kasse und den Versicherten bestehen lediglich öffentlich-rechtliche Beziehungen, und wenn selbst die entsprechende Anwendung des § 278 BGB. auch auf solche Rechtsverhältnisse gerechtfertigt sein sollte (Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 74 S. 165), so entfällt doch die Haftung der Kasse für etwaige Fehlgriffe der in dem Krankenhaus bei der Heilbehandlung und Pflege mitwirkenden Personen, weil die Verpflichtung der Kasse, wie schon erwähnt, nur in der Verschaffung der Heilgelegenheit besteht und das Heilverfahren nicht mitumfaßt. Der Krankenhausunternehmer würde sich beim Mangel einer vertraglichen Beziehung zwischen ihm und dem Kassenmitglied im Falle einer Schädigung des Versicherten durch schuldhaftes Verhalten des Krankenhauspersonals, wenn nicht ausnahmsweise seine Haftung aus § 823 BGB. begründet wäre, durch Erbringung des in § 831 BGB. vorgesehenen Entlastungsbeweises von der Verpflichtung zum Schadensersatz befreien können. Die Inanspruchnahme des Schuldigen selbst wird in zahlreichen Fällen, zumal bei erheblicher und dauernder Benachteiligung, wegen der beschränkten Mittel des Haftpflichtigen das geschädigte Kassenmitglied nicht zum Ziele führen. Endlich kann auch die Krankenkasse selbst auf Grund ihres Vertragsverhältnisses zum Unternehmer des Krankenhauses nicht die Vergütung des dem Versicherten durch sachwidrige Behandlung entstandenen Schadens fordern und diesem deshalb auch nicht durch Abtretung ihrer Rechte die eigene Verfolgung von Ersatzansprüchen gegen den Unternehmer ermöglichen. Die Voraussetzungen, unter denen nach der Rechtsprechung des Reichsgerichts eine Vertragspartei gegen die andere im Falle der Vertragsverletzung den hierdurch verursachten Schaden eines Dritten geltend machen kann (Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 62 S. 334/335, Bd. 75 S. 172), liegen nicht vor. Bei dieser Sach- und Rechtslage fordert der Zweck der Verträge zwischen den Krankenkassen und Krankenanstalten geradezu gebieterisch die Auslegung in dem Sinne, daß den unterzubringenden Versicherten ein Rechtsanspruch auf die nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft gebotene Behandlung zustehen soll. Ob sich die Beteiligten bei der Eingehung des Vertrags dieser Tragweite ihrer Vereinbarungen bewußt geworden sind, ist unerheblich. Dem Vertragszweck im Sinne von § 328 Abs. 2 BGB. ist die Bedeutung eines objektiven Maßstabs für die Ermittlung des Vertragsinhalts beizumessen, so daß alle Verabredungen als vom Vertragswillen umfaßt gelten müssen, welche die Parteien getroffen haben würden, wenn sie sich die aus dem Zwecke zu entnehmenden Verpflichtungen vergegenwärtigt hätten. Die auslegungsweise Ergänzung des Parteiwillens mit Hilfe des Vertragszwecks ist ebenso unbedenklich wie die durch § 157 BGB. gebotene Feststellung desjenigen Vertragsinhalts, über den sich die Parteien nicht besonders geeinigt haben, aber verständigt haben würden, wenn sie sich dessen, was aus dem Grundsatze von Treu und Glauben folgt, bewußt gewesen wären. Der Vertragszweck kann zwar als Anhalt für die Beantwortung der Frage, ob einem Dritten durch den Abschluß eines Vertrags ein Recht auf vertragliche Leistungen eingeräumt werden soll, nur benutzt werden, wenn der Zweck für beide Vertragschließende erkennbar war. Daran ist jedoch bei Verträgen der hier in Frage stehenden Art im Hinblick auf den innigen Zusammenhang des Zwecks mit der allgemein bekannten Aufgabe der öffentlichen Krankenversicherung nicht zu zweifeln. Das Reichsgericht hat allerdings einem Versicherten, der auf Grund von § 18 JVG. im Genesungsheim einer Landesversicherungsanstalt untergebracht war und dort durch das pflichtwidrige Verhalten eines Hausdieners zu Schaden kam, das Recht auf Schadensersatz gegen die Anstalt aberkannt. Sollte die gleiche Rechtsanschauung Platz zu greifen haben, wenn das Mitglied einer Krankenkasse im eigenen Krankenhaus der Kasse untergebracht und dort durch falsche Maßnahmen des Heilpersonals geschädigt wird, so würde sich hieraus ein Widerspruch mit der hier getroffenen Entscheidung nicht ergeben. Die Verschiedenheit in der Beurteilung würde ihre Erklärung darin finden, daß dort nur ein dem öffentlichen Recht angehörendes Verhältnis zwischen dem Versicherten und der Kasse besteht, das vom Gesetz und der Satzung der Kasse beherrscht wird, hier dagegen durch die Einweisung und Aufnahme des Kassenmitglieds in das fremde Krankenhaus ein bürgerlich-rechtlicher Vertrag zu stande kam.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beschäftigt, wie das Problem des Geburtenrückgangs, infolge des Krieges in verstärktem Maße die Geister. Daß auch ein gewisser Zusammenhang zwischen beiden Fragen besteht, trat in der diesjährigen Versammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hervor. In dieser wies zunächst Professor Dr. Blaschko, der Vorsitzende der Gesellschaft, darauf hin, daß die durch den Krieg verursachte Massentrennung von Männern und Frauen mit Notwendigkeit zu einer Zunahme des außerehelichen Geschlechtsverkehrs und dadurch zu einem Ansteigen der Geschlechtskrankheiten führen müsse, was um so bedauerlicher sei, als unter den Erkrankten sich eine große Zahl von Verheirateten und vom Lande Stammenden, die bisher von den Geschlechtskrankheiten wenig berührt waren, befinden. Von dieser Erkenntnis ausgehend habe die Gesellschaft nun vom Beginn des Krieges an eine umfangreiche Aufklärungstätigkeit entfaltet und viele Millionen belehrender Flugschriften und Merkblätter in den heimischen Garnisonen und draußen im Felde verbreitet, aber sie habe auch im Bewußtsein, daß diese Warnungen vielfach in den Wind geschlagen werden, ständig Fühlung mit den Militär- und Zivilbehörden gesucht, um durch geeignete Verwaltungsmaßnahmen eine direkte Einwirkung auf die Herabminderung der Erkrankungsziffer zu gewinnen. Maßregeln wie: Schließung der Animierkneipen und Bordelle, Abkürzung der Polizeistunde und des Abendurlaubs, Schaffung von alkoholfreien Soldatenheimen, Ueberwachung der Straßenprostitution, der Winkelhotels und Absteigequartiere müßten die Gelegenheiten zur Verführung eindämmen, hygienische Maßnahmen die Infektionsgefahr verringern. Regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen der Soldaten, Zwang zur Prophylaxe, reichliche Gelegenheit zur sorgfältigen und gründlich durchgeführten spezialistischen Behandlung hätten auch schon zu einer wesentlichen Verringerung der Krankheitsziffer geführt. Da jedoch Erfahrungen aus früheren Kriegen uns lehren, daß mit Friedensschluß die Geschlechtskrankheiten wieder stark anzusteigen pflegen und eine Verschleppung der Krankheiten in die Familie und somit eine Verseuchung der ganzen Nation zu befürchten steht, so werde für die Gesellschaft in Zukunft ein verstärktes Maß von Arbeit zu erwarten sein. — Im Anschluß hieran führte Geheimrat Neißer aus: Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten sei deshalb so schwierig, weil unzählige Menschen sich nicht ausheilen lassen und zum Teil unbewußt die Krankheit weiter verschleppen, dann aber, weil der außereheliche Geschlechtsverkehr so ungeheuer verbreitet sei. Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten in Hospitälern und Ambulatorien, möglichst kostenlose Behandlung für den Einzelnen sei die erste Hauptaufgabe. Eine großzügige Organisation schaffen auf diesem Gebiete bereits die Landesversicherungsanstalten, welche für die während des Krieges an venerischen Krankheiten behandelten Kriegsteilnehmer besondere Beratungsstellen einrichten wollen, durch die eine dauernde Ueberwachung aller Venerischen eingeleitet werden soll. Auch die Krankenkassen sollten ihre Mitglieder einer jährlichen oder besser halbjährigen ärztlichen Untersuchung unterziehen, um so die unbeachteten und nicht ausgeheilten Geschlechtsleiden einer Behandlung zuzuführen. Damit die Behandlung der Geschlechtsleiden mehr als bisher Sache der praktischen Aerzte werde, müssen diese Krankheiten endlich einer obligatorischen Prüfung im Staatsexamen unterzogen werden. Der großen Verbreitung des wilden Geschlechtsverkehrs wirksam entgegenzutreten, sei unendlich viel schwerer. Natürlich würden wir weiter fortfahren, durch weitgehende Aufklärung belehrend und warnend zu wirken. Aber daß das nicht ausreicht, habe uns wiederum die letzte Zeit gezeigt. Der weitverbreiteten Ansicht, daß geschlechtliche Abstinenz direkt gesundheitsschädlich sei, müsse man entgegentreten. Aber man müsse sich auch an die nun einmal bestehende Tatsache des stark verbreiteten außerehelichen Verkehrs halten und dessen Gefährlichkeit bekämpfen. Das jetzige im wesentlichen polizeiliche System der Ueberwachung der Prostitution müsse ein sanitäres werden, die bisher mit der Kontrolle verbundene Entehrung müsse fortfallen. Dann werde es möglich, den Kreis der ärztlich Ueberwachten erheblich zu vergrößern und damit auch die sogenannte heimliche Prostitution zu treffen. Seine persönliche Meinung kennzeichnet Neißer dahin, daß die Prostituierten in eigener Wirtschaft und Wohnung nur in bestimmten Straßen wohnen sollen, da hierdurch die Ueberwachung erleichtert, hygienische Vorbeugungsmaßnahmen besser durchführbar, öffentliche Verkehrsstraßen vom Prostitutionsmarkt befreit werden. Auch sollten alle Prostituierten einer regelmäßigen ambulanten Salvarsanbehandlung unterzogen werden, eine Maßregel, die auf Neißers Vorschlag in den eroberten Gebieten jetzt mehrfach mit Erfolg durchgeführt sei. Das allerwichtigste sei und bleibe die Einführung der Schutzmittel. Gewiß ist der auch in Deutschland leider zu konstatierende Geburtenrückgang in erster Linie ein gewollter, daneben aber wird durch die Geschlechtskrankheiten Zahl und Lebensfähigkeit des Nachwuchses stark herabgemindert, die Anwendung der Schutzmittel würde also den Geburtenrückgang keineswegs befördern. Bei dem großen Ausfall heiratsfähiger Männer seien wir nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, alle Mittel und Wege anzuwenden, die zur Gesundung des Volkes beitragen.

Ueber eine Besprechung im Reichsversicherungsamt vom 25. Oktober 1915 haben wir bereits im Heft 33 S. 784 berichtet. Es handelt sich um die Aufgaben und das Zusammenwirken der Versicherungsträger bei Bekämpfung der Gefahren, die der Volksgesundheit jetzt in gesteigertem Maße drohen. Auf den 26. November hatte der Präsident des Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann eine neue Versammlung einberufen und hierzu außer Vertretern der Versicherungsanstalten und der großen Kassenverbände auch die Vorstände der großen Berufsorganisationen der Versicherten eingeladen. Nach einer einleitenden Ansprache des Präsidenten machte der Vorsitzende der Landesversicherungsanstalt Berlin, Landesrat Dr. Freund, die erfreuliche Mitteilung, daß in der, naturgemäß ja am meisten gefährdeten, Reichshauptstadt zwischen der Landesversicherungsanstalt und den Krankenkassen bereits volle Einmütigkeit über das einzu-

schlagende Verfahren erzielt worden sei: die Landesversicherungsanstalt wolle die nötige Zahl Beratungsstellen auf eigene Kosten einrichten und unterhalten, sie wolle auch das Heilverfahren mit den behandlungsbedürftigen Kranken und den von ihnen etwa bereits angesteckten Familienmitgliedern durchführen, die Krankenkassen sollten, damit auch nach dieser Richtung hin die Verschwiegenheit gewahrt werde, nicht einmal die Namen der Behandelten erfahren, die gesamten Kosten der Behandlung sollten von der Landesversicherungsanstalt verauslagt, die eine Hälfte endgültig von ihr übernommen, die andere alljährlich von den Krankenkassen nach Maßgabe ihrer Mitgliederzahl wieder eingezogen werden, das Verfahren solle nicht nur für die geschlechtskranken Kriegsteilnehmer, sondern für alle Geschlechtskranken gelten. Die Vertreter der Berufsorganisationen gaben nacheinander übereinstimmend die Erklärung ab, daß sie gern bereit seien, ihre Organisationen in den Dienst der guten Sache zu stellen und insbesondere in ihrer Kreise, bei Versammlungen und bei anderen Gelegenheiten aufklärend und belehrend zu wirken. Professor Dr. Blaschko erklärte sich bereit, die Fachpresse der Gewerkschaften mit Notizen und belehrenden Aufsätzen zu versorgen. Geheimer Oberregierungsrat Dr. Beckmann, der stellvertretende Vorsitzende des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, erklärte, daß grundsätzlich auch die Reichsanstalt geneigt sei, sich dem Vorgehen der anderen Versicherungsträger anzuschließen, nur seien die Verhandlungen über die Form und das Ausmaß ihrer Beteiligung noch nicht abgeschlossen.

Um dem neuen Gedanken immer weitere Verbreitung zu geben, wurde schließlich angeregt, daß sich im Anschluß an die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ein freier Verbeausschuß bilden solle, in den auch die Versicherungsträger und Berufsorganisationen Vertreter entsenden möchten.

Der Kriegsbeschädigte und die Kriegsrente.

In den Tagen vom 22. bis 24. November 1915 fand in der Universität Halle a. S. ein „Lehrgang der Kriegsbeschädigten-Fürsorge" statt. Die Besucher setzten sich in der Hauptsache zusammen aus Mitgliedern der Kriegsbeschädigten-Fürsorgekommissionen der einzelnen Orte namentlich der Provinz Sachsen und des Herzogtums Anhalt. Die Vorträge behandelten die allgemeine Organisation der Kriegsbeschädigten-Fürsorge, die Fühlungnahme der Fürsorge-Kommissionen mit den Kriegsbeschädigten, die Berufsberatung, die gewerbliche und die kaufmännische Fortbildungsschule im Dienste der Kriegsbeschädigtenfürsorge, den landwirtschaftlichen Kriegsbeschädigten-Unterricht, die Ansiedelung der Kriegsbeschädigten, die orthopädische Nachbehandlung, die Stellenvermittelung usw. Unter anderem sprach auch vor einer erweiterten Zuhörerschaft im Auditorium maximum der Universität Arbeitersekretär Fr. **Kleeis** über „**Der Kriegsbeschädigte und die Kriegsrente.**" Er führte etwa folgendes aus:

Der Kriegsteilnehmer, der dem Staate seine Schaffenskraft, seine Gesundheit und, wenn es sein muß, sein Leben zur Verfügung stellt, hat Anspruch darauf, daß er für die Nachteile, die er an diesen Gütern erleidet, eine Entschädigung erhält. „Einer für Alle, Alle für Einen", dies Wort muß besonders der Krieg zu einer idealen Betätigung bringen. Eine gute materielle Fürsorge für die Kriegsteilnehmer, ihre Angehörigen und Hinterbliebenen gehört sogar zu den Voraussetzungen für den Erfolg des Krieges. Der Kriegsteilnehmer wird beruhigter sein und sich williger den schweren Pflichten seines Dienstes hingeben, wenn er die Gewißheit hat, daß auf alle Fälle für ihn und seine Angehörigen gesorgt ist. Zu dem Zwecke dieser Fürsorge sind auch eine ganze Reihe von Maßnahmen getroffen worden, die allerdings für den Laien recht unübersichtlich und verwickelt sind. In der Fürsorge für die Person des Kriegsbeschädigten kommt in erster Linie das Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. Mai 1906 in Frage, das sowohl für die Friedens- als auch die Kriegszeiten gilt. Das Gesetz, das jetzt zum ersten Male zu ausgedehnter Anwendung kommt, bildet gegenüber den vorher bestehenden Einrichtungen einen Fortschritt. Die Kriegsbeschädigten aus dem Feldzuge 1870/71 besaßen geringere Ansprüche. Das Gesetz wurde vom Reichstag einstimmig angenommen. Es sieht in der Hauptsache Geldrenten für die verschiedenen Dienstbeschädigungen der Personen der Unterklassen des Reichsheeres, der Marine und der Schutztruppen vor. Die Rentensätze sind für die Friedensinvaliden die gleichen wie für die Kriegsinvaliden. Man kennt „Vollrenten", die nach dem Dienstgrad des Kriegsbeschädigten abgestuft sind (für Feldwebel 900 M., Sergeanten 720 M., Unteroffiziere 600 M., Gemeine 540 M.), von denen bei teilweiser Erwerbsbeschränkung ein dem Maße dieser entsprechender Teil gewährt wird. Für die Nichtkapitulanten wird diese allgemeine Militärrente nur gewährt, wenn eine Dienstbeschädigung vorliegt, die eine meßbare Minderung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hat. Die besondere Entschädigung für die durch den Kriegsdienst erlittenen Nachteile erfolgt durch eine Kriegszulage, die 15 M. pro Monat beträgt. Besonders schwere Schäden werden durch eine Verstümmelungszulage in Höhe von 27 M. pro Monat ausgeglichen.

Nachdem Redner alle diese Rentenbezüge und ihre Erlangung ausführlich geschildert, behandelte er noch die Nutzbarmachung der Reichsversicherung für die Kriegsbeschädigten (besonders die Invalidenrenten) und die neuen Zusatz- oder Ausgleichsrenten. Im Reichstag wurde bemängelt, daß sich die Rentenhöhe nach der für alle Fälle feststehenden Vollrente richtet, die nur nach dem Dienstgrad des Beschädigten abgestuft ist. Es wurde verlangt, daß die Renten dem Arbeitseinkommen angepaßt werden, das der Beschädigte vor seinem Eintritt in den Heeresdienst gehabt hat, wie das in der staatlichen Unfallversicherung der Fall ist. Von der Regierung wurde auch versprochen, nach Beendigung des Krieges eine entsprechende Aenderung des Gesetzes vorzunehmen. Inzwischen hat das Kriegsministerium einen Erlaß herausgegeben, dessen Zweck ist, die angegebenen Härten des Gesetzes jetzt schon zu mildern. Auf Antrag der Beschädigten wird im Unterstützungswege zu den Renten ein Zuschlag gewährt, wenn es den Rentenempfängern nicht möglich ist, in absehbarer Zeit ihr früheres Arbeitseinkommen nur annähernd wieder zu erreichen. Die Anträge sind an den Bezirksfeldwebel zu richten. Ein Rechtsanspruch auf diese Zuwendungen besteht nicht; sie werden vom Kriegsministerium nach freiem Ermessen gewährt.

Von ganz besonderer Bedeutung für die Rentenempfänger ist die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen die Renten eingestellt oder gekürzt werden können. Die Grundrente kann allerdings

wieder eingestellt werden, wenn ein meßbarer Schaden nicht mehr vorliegt, auch kann eine Kürzung stattfinden, wenn eine Besserung in dem körperlichen Befinden des Kriegsbeschädigten festzustellen ist. In einer Bekanntmachung des Kriegsministeriums hieß es ausdrücklich, daß die Tatsache der lohnbringenden Beschäftigung oder die Höhe des erzielten Verdienstes allein keine Entziehung oder Veränderung der Rente begründen kann. Auch eine Anrechnung des Verdienstes auf die Versorgungsgebührnisse ist unzulässig. Die Kriegszulage ist so lange fortzuzahlen, als die Militär-(Grund-)Rente gewährt wird. Die Verstümmelungszulage, die gewährt werden muß, kann überhaupt nicht wieder in Wegfall kommen. Es wird behauptet, daß manche Kriegsbeschädigte deshalb eine ihren verbliebenen Fähigkeiten entsprechende Beschäftigung nicht aufnehmen, weil sie eben glauben, durch die Tätigkeit in ihren Rentenbezügen geschmälert zu werden. Ein solches Verhalten ist unbegründet und unzweckmäßig. Die Rente wird nie so hoch sein oder werden, daß sie dem früheren Arbeitsverdienst des Beschädigten entspricht oder daß sie hinreicht, daß dieser sorgenfrei seinen Lebensunterhalt beschaffen kann. Bei den bereits verheirateten Kriegsbeschädigten nimmt die Rentenhöhe auf die Zahl der vorhandenen Kinder keine Rücksicht. Den an Arbeit gewöhnten Menschen wird es auch unerträglich sein, wenn sie entweder dauernd aus dem Erwerbsleben ausscheiden oder mit unwichtigen nicht gewohnten Handlangerarbeiten beschäftigt werden sollen. Arbeit bringt Befriedigung und das Sprichwort: „Müßiggang ist aller Laster Anfang“, ist gewiß nicht aus der Luft gegriffen. Auch volkswirtschaftliche Erwägungen kommen in Betracht. Die Nation kann die Arbeitskraft, auch die verminderte Kraft so vieler Tausender Kriegsbeschädigter nicht entbehren. Nach Friedensschluß müssen wir wieder daran gehen, unser Wirtschaftsleben und unser Kulturleben in geregelte Bahnen zu bringen. Dazu bedarf es der Mitwirkung aller Kräfte. Diese Auffassung wird auch von den großen gewerkschaftlichen Angestellten- und Arbeiterorganisationen vertreten, die im Oktober 1915 gemeinsam einen Aufruf erlassen haben. In diesem heißt es, daß die Kriegsbeschädigten kein Mißtrauen haben sollen gegen die lediglich zu ihrem Nutzen geschaffenen Kriegsbeschädigten-Fürsorgeeinrichtungen. Allerdings komme es weniger darauf an, daß sie schnell, sondern daß sie dauernd untergebracht werden. Auch bei Erlernung neuer Fertigkeiten wird man nicht Unmögliches (wie es oft in Bildern dargestellt ist) verlangen können. Wie aber einerseits zu verlangen ist, daß die Rente nicht schon deshalb gekürzt werden soll, weil der Kriegsbeschädigte wieder einen Arbeitsverdienst erzielt, so muß auch erwartet werden, daß die Löhne für die Kriegsbeschädigten nicht niedriger sind, weil sie eine Rente empfangen. Der Kriegsbeschädigte soll für gleiche Leistung den gleichen Lohn erhalten wie der Gesunde. Sollte wirklich einmal der Fall eintreten, daß ein Kriegsbeschädigter wirtschaftlich ein wenig günstiger gestellt ist wie sein nicht beschädigter Arbeitskollege, so ist folgendes zu bedenken: Der Kriegsteilnehmer zog hinaus ins Feld ohne Neid auf diejenigen, die zu Hause bleiben konnten und die nichts aufs Spiel zu setzen brauchten. Mögen deshalb nun auch diese letzteren und alle jenen, die zufällig nicht beschädigt wurden, jedweden Neid unterlassen, wenn es nun einmal den Kriegsbeschädigten besser wie ihnen ergehen sollte!

Abtretung von Krankengeldansprüchen.

Die „Volkstüml. Zeitschr. für praktische Arbeiterversicherung“ (Nr. 23 S. 269) enthält folgende Mitteilung: „Einen sehr bedenklichen Versuch mit der Abtretung von Krankengeld unternimmt die Hamburger Straßenbahn-Gesellschaft. Seit Ausbruch des Krieges zahlt die Direktion den Frauen der zum Heere einberufenen Schaffner, Wagenführer usw. entsprechende Zuschüsse zur staatlichen Familienunterstützung. Gleichzeitig erfolgte die freiwillige Weiterversicherung der Angestellten bei der Betriebskrankenkasse der Firma. Dieser Tage wurden nun die Angehörigen der eingezogenen Kriegsteilnehmer mit folgendem Zirkular nebst Abtretungserklärung beglückt:

Hamburg, den 1. Oktober 1915.

Das Reichsversicherungsamt hat kürzlich entschieden, daß Kriegsteilnehmer, für welche im Interesse ihrer Familien die Krankenversicherung fortgesetzt worden ist, im Falle einer Verwundung oder Erkrankung während ihrer militärischen Dienstzeit ein Anspruch auf Krankengeld zusteht. Bekanntlich zahlt die Landesversicherung der Hansestädte in Lübeck zur Zeit für die Kriegsteilnehmer die zur Fortsetzung der freiwilligen Krankenversicherung erforderlichen Kassenbeiträge. Sie verlangt nunmehr die Bekanntgabe, daß die Mitglieder der Krankenkasse einen Anspruch auf Krankengeld haben.

Unter gewöhnlichen Verhältnissen ist das Krankengeld dazu bestimmt, den Mitgliedern und ihren Familien für die Dauer der Krankheit Unterhalt zu gewähren. Das Mitglied erhält als Kriegsteilnehmer aber schon Unterhalt und Verpflegung von der Militärverwaltung, auch erleidet die Unterstützung der Familie keine Unterbrechung. Es entspricht daher durchaus der Billigkeit, wenn die Gesellschaft eintretendenfalls an die Stelle der von ihr gewährten Familienunterstützung das Krankengeld treten läßt, welches der Ehemann während seiner militärischen Dienstzeit zu beanspruchen hat. Aus diesem Grunde betrachtet sie den von ihr seither gewährten und fernerhin zu gewährenden Zuschuß zur Reichs- und Gemeindeunterstützung als Vorschuß, der aber nur dann zurückzuerstatten ist, wenn das Mitglied Anspruch auf Krankengeld erhebt. In diesem Falle ist der Zuschuß der Gesellschaft zurückzuerstatten, jedoch nur bis zur Höhe des beanspruchten Krankengeldes.

Wir zweifeln nicht daran, daß unsere zum Heeresdienst eingezogenen ehemaligen Angestellten unseren Standpunkt teilen und, falls sie infolge Kriegsverwundung bzw. -Erkrankung Anspruch auf Krankengeld erheben können, bis zur Höhe des ihrer Familie geleisteten Zuschusses an die Gesellschaft abtreten. Eine dahingehende Erklärung legen wir hiermit unseren ehemaligen Angestellten vor, mit der Bitte um Unterschrift und postwendende Rücksendung.

Der Vorstand der Straßen-Eisenbahn-Gesellschaft in Hamburg.

Die betreffende Erklärung hat folgenden Wortlaut:

Hierdurch trete ich meinen Anspruch gegen die Betriebskrankenkasse für die Angestellten der Straßen-Eisenbahn-Gesellschaft in Hamburg auf Auszahlung des Krankengeldes, welches mir im Falle einer Verwundung oder sonstigen Erkrankung während der militärischen Dienstzeit zusteht,

in Höhe der Unterstützungen, welche meine Ehefrau bzw. Familie von der Straßen-Eisenbahn-Gesellschaft in Hamburg als Zuschuß zur Reichs- und Gemeindeunterstützung erhalten hat und noch erhält, an die Straßen-Eisenbahn-Gesellschaft in Hamburg ab." ...

Gegen die Zulässigkeit einer solchen Abtretung erhebt die „Volkst. Zeitschr." Bedenken im Hinblick auf § 119 RVO. Es ist aber auch, abgesehen von diesem versicherungsrechtlichen Bedenken, die Gültigkeit der Abtretung so unbestimmter und völlig ungewisser, künftig nur möglicher Weise entstehender Forderungen schon unter zivilrechtlichen Gesichtspunkten zu bestreiten. Zu vgl. Entsch. des Reichsger. Bd. 67 S. 166.

Vom ärztlichen Ehrenwort.

In der „Deutschen Medizinischen Presse" finden wir hierüber folgende Bemerkungen von Dr. Karl Gumpertz:

In die Vermittlung der Kriegsvertretungen ist ein recht bürokratischer Zug hineingekommen. Da immer militärfreie Kollegen gesucht werden, so melden sich naturgemäß ältere Aerzte, zum Teil schon Kriegsinvaliden; die zu besetzenden Stellen sind übrigens selbst gelegentlich militärische, z. B. Arzt für einen Flugplatz. Da mutet es nun einem ergrauten Arzt, der sich nur für ein bestimmtes Gesuch zur Verfügung stellt, eigen an, wenn er über alle möglichen und denkbaren Fähigkeiten und Wünsche auf einem Fragebogen Auskunft geben soll. Am bedenklichsten aber ist der von der Stellenvermittlung des L. V. (Leipziger Verband) eingesendete Verpflichtungsschein mit dem Passus:

„Indem ich die mir zugesandten Vermittlungsbedingungen des Vereins der Aerzte Deutschlands als für mich verbindlich anerkenne, verspreche ich ehrenwörtlich, im Praxisbereiche eines Kollegen, den ich durch Vermittlung des Leipziger Wirtschaftl. Verbandes vertreten habe, innerhalb zweier Jahre nach beendeter Vertretung keine neue Praxis gegen den Willen des Verbandes zu gründen."

Ein Ehrenwort soll nur die Aussage über Vergangenes bekräftigen. Ein Ehrenwort für die Zukunft ist ebenso unzulässig, wie ein promissorischer Eid. Das Ehrenwort für die Zukunft heißt im bürgerlichen Leben Kontrakt und da ist eine Leistung ohne Gegenleistung unzulässig. Das Inserat im L. V.-Organ ist bezahlt. Die Vermittlungsstelle hat nur wie jede andere Expedition das Schreiben des Aspiranten an die Chiffre-Adresse weiterzugeben und so wird die Verhandlung, die ja doch zwischen beiden Kollegen geführt wird, am schnellsten zum Ziele kommen. Gerade bei der jetzt gebotenen Eile macht der Instanzenweg des L. V. einen sonderbaren Eindruck. Das seltsamste ist der Passus des Gelöbnisses: „Gegen den Willen des Verbandes", also nicht gegen den Willen des vertretenen Kollegen. Dem ist es vielleicht recht, in dem Vertreter einen Nachfolger zu finden; aber ein Konkurrent benutzt womöglich seine Fühlung mit den L. V.-Leitern, um den Zuzug des anderen verbieten zu lassen. Wo bleibt da die freie Arztwahl? Umgekehrt kann auch der vertretene Kollege den Zuzug des Vertreters zu verhindern suchen; aber er gilt beim L. V. nicht als gutgesinnt und da wird großmütig der Zuzug des Konkurrenten gestattet.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Voraussetzung vorgängiger Versicherung für den Anspruch auf Wochenhilfe.

1. **Nach Kyritz.** Frage: Eine Arbeiterin beantragt Wochenhilfe auf Grund des § 195 RVO. für ein von ihr am 13. November 1915 geborenes Kind. Die Wöchnerin ist vom 30. November 1914 ab Mitglied unserer Kasse, und zwar war sie versichert in der Zeit vom 30. November 1914 bis 31. Dezember 1914 zu vollen Beiträgen, und vom 1. Januar 1915 bis 1. September 1915 zu ermäßigten Beiträgen gemäß § 420 RVO., dann wieder vom 2. September 1915 ab wieder zu vollen Beiträgen. — Nach § 195 RVO. erhalten Wöchnerinnen Wochenhilfe, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens 6 Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit versichert gewesen sind. Das trifft bei der B. dem Wortlaute nach zu, mithin hätte sie Anspruch auf Wochenhilfe. Eine derartige Gesetzesauslegung könnte aber dazu führen, daß ein Mitglied bis kurz vor der Entbindung zu ermäßigten Beiträgen nach § 420 RVO. und dann vom Arbeitgeber infolge anderweitiger Beschäftigung kurz vor der Entbindung zu vollen Beiträgen versichert wird. Die Kasse hätte also vielleicht nur für wenige Wochen volle Beiträge erhalten, muß aber doch Wochengeld usw. zahlen, weil z. Zt. der Entbindung volle Versicherung besteht. Wir sind der Ansicht, daß nach § 195 volle Versicherung während mindestens 6 Monaten bestanden haben muß und daß, da diese Voraussetzung bei der Arbeiterin B. nicht gegeben ist, kein Anspruch auf Wochenhilfe besteht. Ist diese Ansicht zutreffend? Hätte etwa der Arbeitgeber gemäß § 422, 418 und 214 RVO. Ersatz zu leisten, da der Versicherungsfall innerhalb 3 Wochen nach dem Versicherungswechsel eingetreten ist?

Antwort: Wir verneinen beide Fragen. Die erste deshalb, weil die bloße Möglichkeit des Miß-

brauchs einer gesetzlichen Vorschrift nicht hinreicht, eine von dem klaren Wortlaut abweichende Auslegung zu rechtfertigen, zumal wenn es nicht sehr wahrscheinlich ist, daß die Möglichkeit des Mißbrauchs in irgend erheblichem Maße bewußt ausgebeutet werden wird. Die zweite Frage ist zu verneinen, weil keine der angeführten Vorschriften den in Rede stehenden Fall trifft.

Die Versicherung der Hausgewerbtreibenden wird durch die Satzung bestimmt, welche für den Ort ihrer Betriebsstätte gilt.

2. **Nach T. B.** Dies ergibt sich aus § 466. Der hiernach maßgebenden Satzung sind auch die außerhalb dieses Bezirks wohnenden Auftraggeber unterworfen, wie bei der Beratung der RVO. verschiedentlich betont wurde (vgl. Komm. Ber. II S. 442, 443; Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 2 zu § 488 RVO.). Dies verkennt das Kriegsbekleidungsamt, wenn es sich weigert, die Zuschüsse für die Hausgewerbtreibenden nach Maßgabe des für ihren Bezirk geltenden Statuts zu zahlen, weil dies Statut für den Bezirk des Bekleidungsamts nicht maßgebend sei.

Bereicherungsanspruch der Kasse wegen irrtümlich geleisteter Kriegswochenhilfe.

3. **100.** Antwort: Hat eine Kasse irrtümlicherweise Kriegswochenhilfe gewährt, so kann sie von dem Bereicherten die Herausgabe der Bereicherung verlangen; der Empfänger muß also herausgeben, was er noch zu Unrecht besitzt oder den Betrag erstatten, den er selbst würde aufgewendet haben, wenn die Wochenhilfe nicht geleistet worden wäre, sofern er noch um den dadurch ersparten Betrag bereichert ist. Danach würde ein Bereicherungsanspruch gegen einen Mittellosen nicht gegeben sein, da ja dieser nicht mehr bereichert sein würde. (Vgl. §§ 812 ff. BGB.)

Kosten für Desinfizieren der Tragbahre.

4. **Nach E.** Frage: Ein Mitglied wurde mit der Bahre ins Krankenhaus befördert, die Krankheit war Scharlach. Nach dem Transport wurde die Bahre desinfiziert. Hat die Kasse die Desinfektionskosten zu tragen?

Antwort: Zu den Kosten, die die Kasse erstatten muß, gehören auch diejenigen, die durch Maßregeln entstehen, durch welche die ärztliche Behandlung ermöglicht wird, also auch die Kosten für den Transport des Kranken in das Krankenhaus. Transportkosten sind aber auch die Kosten für die Desinfektion. Demgemäß muß die Kasse die Kosten tragen.

Krankengeld für lazarett-, revierkranke und für in die Heimat beurlaubte Soldaten.

5. **Nach Bützow.** Antwort: Ob ein Soldat lazarettkrank oder revierkrank ist, macht für seine Ansprüche gegen die Krankenkasse keinen Unterschied. Krankenpflege wird er ja von ihr in der Regel nicht fordern, da er sie beim Militär erhält. Wohl aber steht ihm das Krankengeld zu, wenn er arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung ist, und das kann derjenige, der in der Revierkrankenstube behandelt wird, ebenso gut sein, wie derjenige, der ins Lazarett aufgenommen wird, wenn auch in jener meist nur Leichtkranke untergebracht werden. Irrig ist übrigens die Ansicht, daß einem arbeitsunfähigen Soldaten, der im Lazarett oder in der Revierkrankenstube liegt, nur das Haus- oder das Taschengeld zuständen. Vielmehr hat er, da ja die Kasse ihm keine Krankenhauspflege gewährt, das volle Krankengeld zu verlangen. Dieses haben bei Arbeitsunfähigkeit auch die Heimatsurlauber zu beanspruchen.

Krankengeld für Kriegsfreiwillige.

6. **Nach Pyritz.** Antwort: Freiwillige Mitglieder, die infolge einer im Kriege erlittenen Verwundung arbeitsunfähig geworden sind, haben auch dann Anspruch auf Krankengeld, wenn sie freiwillig in den Kriegsdienst eingetreten sind. Hatte aber der Verwundete weder das Recht zur freiwilligen Weiterversicherung, noch zum freiwilligen Beitritt, so würde er garnicht Mitglied der Kasse sein und aus diesem Grunde keinen Anspruch haben. Die Kasse müßte ihm dann freilich die entrichteten Beiträge erstatten.

Verlust der Mitgliedschaft während der Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft.

7. **Nach T. in Sa.** Frage: Unser Pflichtmitglied H. L. ist infolge Kropfkrankheit und Schwangerschaftsbeschwerden erwerbsunfähig geworden. Nachdem die Krankheit behoben war, blieb die Erwerbsunfähigkeit bestehen bis zur Entbindung. Für diese letzte Zeit haben wir Krankengeld nicht bezahlt, es handelt sich um die Dauer von sechs Wochen. Während dieser Zeit hat das genannte Mitglied Beiträge nicht bezahlt und auch seine freiwillige Weiterversicherung nicht gemeldet; hat nun das Mitglied Anspruch auf die satzungsgemäße Wochenhilfe? In den Satzungen ist der Fall des § 199 RVO. nicht vorgesehen.

Antwort: Die L. hat die Mitgliedschaft verloren. Denn diese bleibt auch ohne Zahlung von Beiträgen bei Arbeitsunfähigkeit nur bestehen, solange die Kasse Leistungen zu gewähren hat (§ 311 RVO.). Da ferner die Entbindung später, als 3 Wochen, nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung stattgefunden hat, so kommt auch § 214 RVO. nicht zur Anwendung. Danach hat die L. keinen Anspruch auf Wochenhilfe.

Krankengeld, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch eine willkürliche Operation verlängert ist.

8. **Nach Viersen.** Antwort: Wenn man die Darstellung des Kranken selbst zu Grunde legt, so war er vom 12. April 1915 ab bis zur Operation infolge der Augenentzündung arbeitsunfähig und hat Anspruch auf Krankengeld; und er würde einen solchen Anspruch auch noch für die Zeit nach der Operation haben, wenn diese zur Beseitigung oder Milderung der Krankheit notwendig gewesen wäre. Daß die Krankheit während des Militärdienstes entstanden und die Operation vom Militärarzt veranlaßt worden ist, würde dabei ohne Belang sein; aus der fortdauernden Fürsorgepflicht der Militärbehörde könnte die Kasse weder einen Einwand gegen ihre eigene Leistungspflicht noch einen Ersatzanspruch gegen die Militärbehörde herleiten. Nach der Darstellung des Kranken scheint aber die Sache so zu liegen, daß er sich nur wegen einer nicht mehr als Krankheit anzusehenden, an-

geborenen Mißbildung (Schielens) der sonst nicht erforderlichen Operation freiwillig unterzogen hat; denn andernfalls hätte ihn der Militärarzt wohl nicht erst befragt, ob er sich der Operation unterziehen wolle. Liegt die Sache so, so hat der Versicherte die nunmehr der ärztlichen Behandlung bedürftige Verletzung vorsätzlich herbeigeführt, und das Krankengeld kann ihm daher auf Grund einer dem § 192 Ziff. 1 RVO. entsprechenden Satzungsbestimmung versagt werden (Entsch. des preuß. OVG. in Arb.-Vers. 1893 S. 538, Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 6a zu § 192 RVO.

Wer ist Arbeitgeber der von einem Milchfahrer angenommenen Hilfskräfte?

9. Nach Neu-Ruppin. Antwort: Wir betrachten als Arbeitgeber die Molkerei. Diese rechnet offenbar damit, daß der Milchfahrer sich Hilfskräfte annimmt, da er sonst die Arbeit nicht bewältigen kann, und dürfte wohl auch bei Bemessung seiner Vergütung die für die Hilfskräfte zu zahlenden Löhne berücksichtigen. Die Hilfskräfte sind im wirtschaftlichen Interesse und im Betriebe der Molkerei tätig.

Keine Pflicht der Steuerbehörde zur Auskunft über Steuererklärungen an Krankenkassen.

10. Nach G. Antwort: Die Behörden sind zur Rechtshilfe nach § 115 RVO. nur insoweit verpflichtet, als sie an sich befugt sind, die von der Krankenkasse verlangte Handlung vorzunehmen. Steuerbehörden sind aber im allgemeinen verpflichtet, die Ergebnisse der Veranlagung und die Tatsachen, auf die diese sich stützt, geheim zu halten. Sie dürfen davon auch der Krankenkasse nichts mitteilen, solange nicht zu deren Gunsten ausdrücklich gesetzlich eine Ausnahme gemacht ist. Da das nicht geschehen ist, so hat die Steuerbehörde mit Recht die Auskunft über die von dem Versicherten abgegebene Steuererklärung verweigert. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 3 zu § 115.)

Geht der Anspruch gegen den unehelichen Schwängerer auf die Kasse über?

11. Nach Rudolstadt. Antwort: Ob der Anspruch der unehelichen Mutter gegen den Schwängerer auf die Krankenkasse übergeht, ist nach der RVO. noch mehr bestritten, als es nach dem KVG. war. Verneint wird es von Hoffmann, Arb.-Vers. 1915 S. 25ff. Vgl. auch Arb.-Vers. 1915 S. 744 Ziff. 4. Für den Uebergang spricht sich aus Lehmann, V. Buch der RVO., Anm. 9 zu § 1542, ebenso eine frühere Auskunft der Arb.-Vers. 1914 S. 176 Ziff. 7.

Versicherungspflicht eines russisch-polnischen Bäckergesellen.

12. Nach Berlin-Britz. Antwort: Der Bescheid des Reichsversicherungsamts ist abgedruckt in Arb.-Vers. 1915 Heft 18 S. 419. Er ist formell in keiner Weise bindend für die Versicherungsträger und die Versicherungsbehörden und läßt auch nach seinem Inhalt Raum für eine abweichende Beurteilung im Einzelfalle (zu vgl. auch die am Schlusse mitgeteilte weitere Aeußerung des RVA. vom 8. März 1915). So ist z. B. unter Berücksichtigung der besonderen Umstände abweichend entschieden und Versicherungspflicht russisch-polnischer Arbeiter angenommen worden in der im Heft 29 S. 682 mitgeteilten Entsch. des Oberversicherungsamts Oppeln. Es kommt immer auf das besondere Maß und die Art der Unfreiheit an, welcher die dem feindlichen Ausland angehörenden Arbeiter bei Ausübung der Erwerbsbetätigung unterliegen. Wenn es sich — was wir aus der Anfrage nicht ersehen können — im vorliegenden Falle um einen russischen Bäckergesellen handelt, der als solcher schon vor Ausbruch des Krieges beschäftigt war und hierin inzwischen nicht weiter beschränkt worden ist, als etwa dadurch, daß er einer polizeilichen Beaufsichtigung unterliegt und seinen Aufenthalt nicht ohne behördliche Genehmigung wechseln darf, so würden wir ihn nicht für einen unfreien Arbeiter halten, da er die Arbeit, die ihn versicherungspflichtig gemacht hat, freiwillig übernommen und nach dem Kriegsausbruch fortgesetzt hat. Wir würden also unter dieser Voraussetzung Kranken- und Invalidenversicherungspflicht annehmen und den Anspruch auf die Kassenleistungen für begründet erachten.

Anhörung der Kassenbeamten (§ 359 Abs. 4 RVO.) vor Aufstellung des Regulativs ist nicht geboten.

13. Nach C.-M. Antwort: Die Vorschrift in § 355 Abs. 1 RVO., daß der Vorstand vor Aufstellung der Dienstordnung die volljährigen Angestellten zu hören hat, gilt nicht für diejenigen, denen landesrechtlich die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten gemäß § 359 Abs. 4 übertragen sind; denn diese werden nach § 351 von der Dienstordnung nicht betroffen. Ihr Dienstverhältnis wird durch die Landesregierung oder die von ihr damit betraute Stelle geregelt. In Preußen geschieht dies nach dem Erlasse der zuständigen Minister vom 18. Februar 1914 (Arb.-Vers. 1914 S. 188) durch ein vom Oberversicherungsamt aufzustellendes Regulativ. Der Erlaß gibt die dabei zu beachtenden Gesichtspunkte an, schreibt aber nicht vor, daß die Beamten vor Aufstellung des Regulativs gehört werden müssen.

Zur Verrechnung der Zinsen.

14. Nach Tarnowitz. Antwort: Da Ihre Kasse das Geschäftsjahr gemäß § 164 RVO. mit dem 31. Dezember abschließt, so mußten die Zinsen für das 2. Halbjahr 1914 auch in den Rechnungsabschluß für das Geschäftsjahr 1914 eingesetzt werden. Die Bücher müssen stets mit dem Schluß des Jahres abgeschlossen werden. Allerdings läßt sich regelmäßig der Rechnungsabschluß erst einige Zeit später fertigstellen.

Anfrage 1386

Verwendung der aus der Rücklage gezogenen Zinsen. — Vorgeschlagene, aber nicht gewählte Bewerber als Ersatzmänner.

15. Nach Nauen. Antwort: a) An sich brauchen die Zinsen, die aus dem die Rücklage bildenden Vermögensteil gezogen werden, dieser nicht zugeschlagen zu werden, können vielmehr zu den laufenden Ausgaben Verwendung finden. Indessen solange der Mindestbetrag der Rücklage (§ 364 RVO.) nicht erreicht ist, dürfte es sich empfehlen, die Zinsen ihr zuzurechnen, da anderen-

falls die Kasse genötigt sein kann, die Beiträge zu erhöhen oder die Leistungen auf die Regelleistungen herabzusetzen (§ 387 RVO.; § 97 der Satzung.)

b) Nach der Satzung (§ 19) rücken beim Fortfall gewählter Vorstandsmitglieder die auf einem Wahlvorschlag giltig vorgeschlagenen, noch nicht gewählten Bewerber als Ersatzmänner ein. Eine Neuwahl ist also nicht erforderlich.

Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Armenpflege.

16. Verwaltungsamt in S. Antwort: Durch den bloßen Anspruch des vom Armenverband Unterstützten gegen die Krankenkasse, z. B. aus § 214 RVO., wie in dem geschilderten Falle, wird die Hilfsbedürftigkeit nicht ausgeschlossen. Diese ist vielmehr auch dann anzunehmen, wenn dem Armenverband der Anspruch nicht bekannt oder wenn Krankenhausbehandlung erforderlich, die Kasse zu dieser aber nicht bereit war. (Vgl. Lehmann, 5. Buch der RVO., Anm. 12 zu § 1531.) Hiernach sind noch tatsächliche Feststellungen zu treffen, inwieweit Hilfsbedürftigkeit vorlag. Wußte etwa der Armenverband, daß die Kasse bereit war, dem Kranken die volle erforderliche Krankenhilfe zu Teil werden zu lassen, so mußte er ihn an sie verweisen, soweit dies ohne Schädigung seiner Gesundheit geschehen konnte.

Kosten der Schutzimpfung gegen Tollwut.

17. Nach Fraustadt. Antwort: Die Schutzimpfung die anläßlich des Bisses durch einen tollwütigen oder tollwutverdächtigen Hund vorgenommen wird, ist als notwendige ärztliche Behandlung zu betrachten, deren Kosten die Krankenkasse zu tragen hat. Im allgemeinen haftet der Halter des Tieres auch ohne Verschulden für den von diesem angerichteten Schaden. Dient aber der Hund dem Berufe, der Erwerbstätigkeit oder dem Unterhalte des Halters, so kann dieser sich von der Ersatzpflicht durch den Nachweis befreien, daß er bei der Beaufsichtigung des Tieres die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet habe (§ 833 BGB.). Stets zum Ersatze ist der Besitzer des Tieres verpflichtet, wenn er es frei umherlaufen ließ und nicht sofort der nächsten Tollwutstation übergab, obwohl er wußte, daß es toll oder tollwutverdächtig war (§ 823 BGB.). Soweit hiernach der Besitzer dem Verletzten ersatzpflichtig wäre, könnte von ihm die Kasse Erstattung ihrer Kosten gemäß § 1542 RVO. verlangen.

Zur Krankenversicherung der Dienstboten im Erwerbsgeschäft, der Schneiderinnen, Aufwärterinnen, Waschfrauen, Gelegenheitsarbeiter.

18. Nach Darkehmen. Antwort: Allgemein können wir uns vorweg die Bemerkung nicht versagen, daß Sie sich und uns viel Mühe ersparen würden, wenn Sie die Arbeiter-Versorgung nicht nur hielten, sondern auch läsen. Davon mögen Sie sich aus den folgenden Antworten auf Ihre Fragen überzeugen:

a) Dienstboten, die zugleich im Erwerbsgeschäft der Dienstherrschaft beschäftigt sind, haben der Ortskrankenkasse anzugehören, sofern diese andere Beschäftigung nicht für sich allein nach § 168 RVO. versicherungsfrei ist (§ 439). Die in diesem § 168 erwähnten Bestimmungen sind längst erlassen und in Arb.-Vers. 1913 S. 848 abgedruckt. Von diesen Bestimmungen wird für Dienstboten, die auch im Erwerbsgeschäft tätig sind, der Regel nach Ziff. I 3 in Betracht kommen; es wird festzustellen sein, ob die Tätigkeit im Erwerbsgeschäft für sich allein nach Ziff. I 3 versicherungsfrei ist. Ueber diese Frage können Sie sich aus Arb.-Vers. 1914 S. 614 ff. reiche Belehrung verschaffen. Die zur Beurteilung erforderlichen tatsächlichen Angaben muß der Arbeitgeber machen; weigert er sich, so können Sie das Versicherungsamt auf Grund des § 115 RVO. ersuchen, ihn und den Beschäftigten zu vernehmen oder auch andere geeignete Erhebungen anzustellen.

b) Schneiderinnen und ähnlich Beschäftigte, die für einen unbestimmten Kundenkreis, nicht für Gewerbetreibende, zu Haus arbeiten und Gehilfen und Lehrmädchen beschäftigen, sind als selbständige Gewerbetreibende versicherungsfrei und treten auch dadurch nicht in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis ein, daß sie gelegentlich für kurze Zeit zu einer Arbeit ins Haus gehen. Denn selbst wenn man hierin nicht bloß eine besondere, unregelmäßige Ausübung des selbständigen Berufs, sondern die Uebernahme eigentlicher Lohnarbeit finden wollte, würde diese doch wohl nach § 168 RVO. und Ziff. I 3 der erwähnten Bestimmungen versicherungsfrei sein. Die von solchen selbständigen Näherinnen beschäftigten Gehilfinnen sind versicherungspflichtig; ebenso die Lehrmädchen (als „Lehrlinge"), doch können in letzterer Hinsicht nach den besonderen Verhältnissen des Einzelfalles Zweifel aufkommen — worüber wir auf die lehrreichen Ausführungen in Arb.-Vers. 1915 S. 361 ff. verweisen.

c) Aufwärterinnen, die nicht wirklich in die Hausgemeinschaft des Dienstherrn aufgenommen sind (vgl. z. B. Arb.-Vers. 1915 S. 600 Ziff. 11) sind nicht Dienstboten, gehören also zur Ortskrankenkasse.

d) „Waschfrauen, die bald hier bald dort arbeiten", gehören jedenfalls zur Ortskrankenkasse; ob als ständige oder unständige Arbeiter, darüber verweisen wir auf Arb.-Vers. 1915 S. 637.

e) Ein „gewöhnlicher Arbeiter, der mal ab und zu einen oder zwei Meter Holz zerkleinert", wird, wenn er sonst keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichtet, allerdings versicherungsfrei sein (§ 168 RVO. und Ziff. I 3 der unter a) erwähnten Bestimmungen).

f) Der Bescheid des RVA. über die russisch-polnischen Arbeiter ist den Lesern unserer Zeitschrift nicht neu. Vgl. Heft 18 S. 419.

Höhe des Ersatzanspruches für die nach § 220 RVO. gewährte Krankenpflege.

19. Nach Rummelsburg. Antwort: Die Kasse, die dem Mitglied einer andern Krankenhilfe nach § 220 RVO. gewährt, hat als Ersatz für die Krankenpflege ohne Rücksicht auf die von ihr gemachten Aufwendungen $^3/_8$ des Grundlohnes zu verlangen. Dies ist in § 222 Satz 2 ausdrücklich bestimmt.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1124 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 11. Januar 1916 | Heft 2

Zum Vollzug des § 2 der Bekanntmachung vom 12. August 1915 betr. die Wahlen nach der RVO. (RGbl. S. 497).

Von Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München.

Durch § 1 der Bekanntmachung des Bundesrats vom 12. August 1915 betr. die Wahlen nach der RVO. (RGBl. S. 497; Arb.-Vers. S. 586) wird die Amtsdauer der Vertreter der Unternehmer oder anderer Arbeitgeber sowie der Versicherten bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern vorerst bis längstens 31. Dezember 1916 verlängert. § 2 derselben Bekanntmachung bestimmt in unmittelbarem Anschluß hieran, daß die Vorschriften der §§ 50 Abs. 2, 76 Satz 1, 95, 1359 Abs. 2 RVO. über die Berufung von Vertretern durch die Vorsitzenden von Versicherungsbehörden auch für die Ergänzung einer nicht mehr ausreichenden Zahl der gewählten Vertreter gelten.

Fräßdorf vertritt in der „Ortskrankenkasse" (1915 S. 695) die Anschauung, daß § 2 der Bekanntmachung lediglich dann Anwendung zu finden habe, wenn es sich um die Ernennung fehlender Beisitzer bei den Versicherungsbehörden handle, daß jedoch eine Beseitigung des Wahlrechts der Arbeitgeber und der Versicherten zu den Kassenorganen nicht geschaffen werden wolle und daher eine Ernennung fehlender Vertreter bei den Krankenkassen durch das Versicherungsamt unzulässig sei. Diese Anschauung hat zwar den teilweisen Wortlaut des § 2 der Bekanntmachung für sich, dürfte aber doch mit ihrem eigentlichen Zweck nicht vereinbar sein. Es scheinen mir vielmehr ausschlaggebende Gründe für ein Ernennungsrecht fehlender Vertreter bei den Krankenkassen durch die Vorsitzenden der Versicherungsämter zu sprechen.

Zunächst die Fassung der Bekanntmachung selbst. Ohne jede weitere sichtbarliche Trennung folgen sich die drei Paragraphen der Bekanntmachung, obwohl doch sonst in Bekanntmachungen des Bundesrats bei an sich gleicher Materie inhaltlich verschiedene Gruppen durch besondere Einfügung z. B. römischer Ziffern [vgl. Bek. vom 23. April 1915 über die Wochenhilfe (RGBl. S. 257) und vom 28. August 1915 über die Angestelltenversicherung (RGBl. S. 531)] geschieden zu werden pflegen. Dadurch scheint mir zum Ausdruck zu kommen, daß der Titel der Bekanntmachung „Wahlen nach der RVO." eben alle nach der RVO. einschlägigen in § 1 genannten Wahlen bei den Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern betrifft. Gerade wenn eben die in ihrer Wahldauer bis 31. Dezember 1916 verlängerte Zahl der in § 1 aufgeführten Vertreter der Unternehmer oder anderer Arbeitgeber sowie der Versicherten durch die infolge der Kriegsumstände usw. erfolgten Wegfälle „nicht mehr ausreichend" ist, soll das Ernennungsrecht der

Versicherungsbehörden Platz greifen. Nun haben ja allerdings die in § 2 der Bekanntmachung angeführten Paragraphen lediglich das Recht der einzelnen Versicherungsbehörde im Auge, Versicherungsvertreter aus der Zahl der Wählbaren zu ernennen, wenn die Wahl der für die einzelne Behörde benötigten Versicherungsvertreter nicht zustande kam oder wenn die hierfür Gewählten die Dienstleistung verweigern und zwar bezieht sich in dieser Richtung § 50 Abs. 2 auf die Versicherungsvertreter bei den Versicherungsämtern, § 76 Satz 1 auf die Beisitzer der Oberversicherungsämter, § 95 auf die nichtständigen Mitglieder des Reichs-(Landes-) Versicherungsamtes, während § 1359 Abs. 2 die Vertreter im Ausschuß der Versicherungsanstalt betrifft. § 379 Abs. 2 RVO. der das Recht des Versicherungsamts (Beschlußausschuß) auf Ernennung der Mitglieder oder Vertreter der Krankenkassenorgane für den Fall festlegt, daß die Wahlberechtigten sich weigern, die Wahl vorzunehmen, ist nicht angeführt. Diese Unterlassung allein schließt aber m. E. die Anwendung des in § 2 der Bekanntmachung eingeräumten Ernennungsrechtes gegenüber Krankenkassen nicht aus. Dafür spricht vor allem auch die Anführung des § 1359 Abs. 2 RVO. sowie die besondere Erwähnung des Ernennungsrechtes bei Sonderanstalten und hinsichtlich der Vertreter der Versicherten für die Unfallverhütung. Wäre nur an das Ernennungsrecht der Versicherungsbehörde hinsichtlich ihrer eigenen Beisitzer gedacht gewesen, so erübrigte es sich, Bestimmungen, die sich auf Versicherungsträger beziehen, einzufügen. Was aber für die Landesversicherungsanstalten und die Berufsgenossenschaften recht ist, muß, wenn auch nicht immer, so doch hier, den Krankenkassen billig sein. Dazu kommt, daß, wenn irgendwo ein Mangel an einer ausreichenden Vertreterzahl zu Tage tritt, dies am ersten bei den größten Körpern, den Krankenkassen, der Fall sein wird. Bei ihnen fällt dieser Mangel auch am schwersten ins Gewicht, weil nur zu leicht die Beschlußunfähigkeit ihrer Organe hierdurch herbeigeführt und die ganze Verwaltungstätigkeit der Kasse brachgelegt werden kann. Anders bei den Versicherungsbehörden; bei ihnen brachte zwar der Krieg sicher auch einen Wegfall mancher Versicherungsvertreter mit sich; er führte aber auch zu einem teilweisen Rückgang der Spruch- und Beschlußtätigkeit. Ein so umfangreicher Wegfall der Versicherungsvertreter, der die Tätigkeit der Versicherungsbehörde unterbinden würde, dürfte in den wenigsten Fällen eintreten; im allgemeinen dürfte mehr die Rücksicht darauf, die Versicherungsvertreter nicht zu häufig zu Sitzungen zu berufen und sie hierdurch ihrer bürgerlichen Tätigkeit zu entziehen, zur Annahme einer nicht mehr ausreichenden Zahl und zur Ausübung des Ernennungsrechtes führen. Dem ließe sich aber gegebenenfalls auch durch entsprechende Verteilung der während des Krieges ohnehin mit Rücksicht auf die sonstige Tätigkeit der Versicherungsbehörde, den Mangel an Personal usw. seltener anzuberaumenden Sitzungen entgegen treten.

Gegen ein Ernennungsrecht bei den Krankenkassen wird eingewendet, daß ja durch Ergänzungswahlen die Möglichkeit bestehe, die Kassenorgane wieder auf den entsprechenden Mitgliederstand zu bringen (vgl. hierzu auch Kleeis „Wie ist zu verfahren, wenn die Ersatzmänner für ein Kassenorgan aufgebraucht sind?" in Arbeiterversorgung 1914 S. 828 ff.); dies erscheint aber nicht stichhaltig. Es kann dahingestellt bleiben, ob überhaupt die Vornahme von Ergänzungswahlen — Ersatzwahlen scheiden mit Rücksicht auf das System der Verhältniswahl von vornherein aus — innerhalb der vierjährigen Wahlperiode zulässig ist oder ob nicht § 16 RVO. dem entgegensteht. Auf jeden Fall muß aber gesagt werden, daß, wenn Ergänzungswahlen bei den Krankenkassen durchgeführt werden sollen, nicht einzusehen ist, warum sie nicht auch bei den Versicherungsbehörden und bei den Landesversicherungsanstalten bzw. Berufsgenossenschaften durchgeführt werden können. Die Absicht des Gesetzgebers geht aber gerade dahin, während des Krieges die Vornahme von Wahlen aufzuschieben, da ihr

Ergebnis kein getreues Bild des Willens der gesamten Wählerschaft darstellt und ihre Durchführung nur zu einer unnötigen Belastung der mit dringlicheren Geschäften befaßten Behörden führt (vgl. Begründung zum Gesetz vom 4. August 1914 betr. die Wahlen nach der RVO. und „Denkschrift über wirtschaftliche Maßnahmen während des Krieges" vom 23. November 1914, Reichstags-Drucksache Nr. 26 S. 58 ff.). Deshalb erfolgte durch das Gesetz vom 4. August 1914 betr. die Wahlen nach der RVO. (RGBl. S. 348) und durch die Bekanntmachungen vom 4. September 1914 (RGBl. S. 395) sowie die hier maßgebende Bekanntmachung vom 12. August 1915 die Verlängerung der Amtsdauer der bisherigen Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten sowohl bei den Versicherungsbehörden, wie bei allen Versicherungsträgern. Aus diesem Geiste des Gesetzes heraus will und muß auch § 2 der Bekanntmachung vom 12. August 1915 verstanden werden. Dies führt aber zu dem Ergebnis, daß in allen den Fällen, in welchen bei Versicherungsbehörden oder Versicherungsträgern Versicherungsvertreter in nicht mehr ausreichender Zahl vorhanden sind, an Stelle einer evtl. vorzunehmenden Ergänzungswahl das Ernennungsrecht derjenigen Versicherungsbehörde tritt, deren Versicherungsvertreter nicht mehr ausreichend sind, bzw. falls es sich um einen Versicherungsträger handelt, der Versicherungsbehörde, welche für den Fall des Nichtzustandekommens einer Wahl oder der Weigerung der Gewählten zur Amtsausübung das Recht besitzt, durch eigene Verfügung dafür zu sorgen, daß die Geschäftsführung des Versicherungsträgers möglich wird (vgl. z. B. § 379, § 689, § 1359 RVO.). Hierbei steht die Ausübung dieses Rechts dem *Vorsitzenden* dieser Behörde und nicht dem Beschlußkollegium zu. Dies dürfte mit ein Grund gewesen sein, den § 379 Abs. 1 RVO. nicht besonders anzuführen, da hier das Ernennungsrecht dem Versicherungsamt (*Beschlußausschuß*) zusteht.

Die Durchführung des in § 2 der Bekanntmachung eingeführten Ernennungsrechtes der Versicherungsbehörden stößt allerdings selbst wieder auf mannigfache Bedenken. Wann ist zunächst eine „nicht mehr ausreichende Zahl" von gewählten Vertretern anzunehmen? Diese Frage wird an sich nur von Fall zu Fall beantwortet werden können. Namentlich bei den Beisitzern der Versicherungsbehörden wird es dem Ermessen der Vorsitzenden überlassen bleiben müssen, ob sie den regelmäßigen Geschäftsgang, namentlich die Durchführung der Sitzungen von Spruch- und Beschlußausschuß (-kammer, -senat) ohne eine zu starke Belastung der noch vorhandenen Vertreter mit Sitzungsdienst aufrecht erhalten können. Anders wird sich die Frage bei den Versicherungsträgern gestalten. Hier wird, sobald einmal die nach der Satzung vorgeschriebene Zahl der Mitglieder der Kassenorgane fehlt, d. h. sobald nicht nur sämtliche Stellvertreter und Ersatzmänner fehlen, sondern auch die eigentlichen Mitglieder nicht mehr vollständig sind, ohne Zweifel eine nicht mehr ausreichende Zahl der gewählten Vertreter anzunehmen sein. Selbst wenn aber die Kassenorgane selbst noch vollzählig sind, die Stellvertreter und Ersatzmänner aber aufgebraucht sind, wird von dem Ernennungsrecht Gebrauch zu machen sein, da nur dann im Falle der plötzlichen Verhinderung eines der eigentlichen Vertreter das Kassenorgan auf seinem satzungsmäßigen Vollstand erhalten bleiben kann. Wieweit man allerdings das Ernennungsrecht über die Auffüllung der Kassenorgane selbst hinaus noch zu einer Ernennung von Stellvertretern und Ersatzmännern wird ausdehnen können, bleibt Ermessungssache. Man wird im allgemeinen annehmen können, daß ein Kassenorgan, dem für die Fälle frühzeitigen Ausscheidens oder zeitweiliger Behinderung noch $1/3$ bis die Hälfte der tatsächlichen Mitglieder einer Gruppe als Stellvertreter und Ersatzmänner zur Verfügung steht, eine ausreichende Anzahl von Vertretern besitzt und wird bis zu dieser Höhe das Ernennungsrecht ausdehnen können.

Wie ist nun mit den Mitgliedern der Organe zu verfahren, an deren Stelle der ernannte Vertreter tritt; ist namentlich in

allen Fällen der Ernennung vorher ein förmliches Enthebungsverfahren durchzuführen und für wie lange wirkt die Ernennung? Mitglied eines Organs der Versicherungsträger kann nur derjenige sein, der die in den §§ 12 bis 14 RVO. erforderlichen Voraussetzungen erfüllt. Die wichtigste und am meisten praktisch werdende Voraussetzung ist hinsichtlich der Arbeitgeber die Beschäftigung von mindestens einem bei dem Versicherungsträger versicherten Versicherungspflichtigen und hinsichtlich der Versicherten das Versichertsein bei dem Versicherungsträger. Dabei ist zu beachten, daß z. B. bei Orts- und Land- sowie bei Innungskrankenkassen auch ein freiwilliges Mitglied den Kassenorganen angehören kann, während dies bei Betriebskrankenkassen ausgeschlossen ist (§ 340 RVO.). Es wird also sehr wohl Fälle geben, in welchen durch Einberufung zum Heeresdienst ausgeschiedene Mitglieder der Kassenorgane freiwillig die Mitgliedschaft fortgesetzt haben und nun — mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen — tatsächlich noch Mitglieder des Kassenorgans sind.

Hier wird nun eine verschiedene Beurteilung, je nach der durch das Gesetz bestimmten Wirkung des Ausscheidens einzutreten haben. Es wird zu unterscheiden sein, ob ein Mitglied des Organs eines Versicherungsträgers tatsächlich die für seine Wählbarkeit maßgebenden Voraussetzungen verloren hat, also aus dem Organ ausgeschieden ist oder ob die Voraussetzungen zwar noch erfüllt sind, das Mitglied aber an der Ausübung seiner Rechte z. B. durch seine Einberufung zum Kriegsdienst nur behindert ist. In ersterem Falle ist m. E. von der Vorschrift des § 24 RVO. Gebrauch zu machen und ein förmliches Enthebungsverfahren durchzuführen. (So auch Hahn „Arbeiterversorgung" 1914 S. 865). Der Grundsatz, daß Kriegsteilnehmer durch die Ausübung ihrer Militärpflicht nicht in ihren Rechten geschädigt werden sollen, greift m. E. hier ebensowenig Platz, wie der Gedanke, daß ein tatsächliches Ausscheiden nicht vorliege, weil man noch nicht wissen könne, ob der einzelne Versicherte nicht wieder in sein altes Arbeitsverhältnis zurückkehre und damit seine Beziehungen zum Versicherungsträger wieder aufnehme (vgl. hierzu Rundschreiben des Vorsitzenden des OVA. Düsseldorf in „Ortskrankenkasse 1914" S. 310 ff.). Der erstere Gedanke ist völlig am Platze, wo es sich um rein persönliche, aus dem freien Willen des Einzelnen entspringende, bei ruhigem Ueberlegen vielleicht vorgenommene, im Drange der kriegerischen Ereignisse nebst ihren Aufregungen aber unterlassene Tätigkeiten, wie z. B. der Geltendmachung der freiwilligen Weiterversicherung [§ 313 RVO. und § 1 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 49)] oder um die Versäumnis der rechtzeitigen Beitragszahlung [§ 314 RVO. und § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (RGBl. S. 334)] handelt. Denn hier liegen Schädigungen des Einzelnen vor. Anders bei den Ehrenämtern, zu welchen den einzelnen Versicherungsvertreter weniger der eigene Wille als vielmehr das Vertrauen der Wähler beruft. Hier ist nicht sowohl das einzelne Mitglied der Organe als vielmehr die hinter ihm stehende Wählermasse geschädigt. Diese vermag zwar ein reges Interesse daran haben, ihre Anschauungen gerade durch diesen Vertreter im Organe des Versicherungsträgers vertreten zu wissen. Hieraus aber ein Anrecht abzuleiten, diesen Platz dem einberufenen Vertreter aufgehoben zu wissen, ginge m. E. zu weit. Für die einzelnen Wählergruppe darf das Ausscheiden wegen Einberufung zum Heeresdienst nicht anders beurteilt werden, wie jedes sonstige Ausscheiden ihres Vertreters z. B. wegen Arbeitslosigkeit, Wechsel des Beschäftigungsverhältnisses mit Aenderung in der Zugehörigkeit zu einem Versicherungsträger, Aufgeben des Geschäfts usw. Auch ist es ja abgesehen von den Zufälligkeiten des Kriegslebens viel zu unbestimmt, ob der ausgeschiedene Vertreter überhaupt alsbald nach Friedensschluß wieder in sein ehemaliges Arbeitsverhältnis treten kann oder ob er nicht

wegen zu großer Arbeitslosigkeit hieran oder überhaupt an der Aufnahme einer Arbeit gehindert wird, ganz abgesehen davon, daß er unter den Einflüssen der Kriegserlebnisse seine bisherigen Anschauungen so gewandelt haben kann, daß er gar nicht mehr als Vertreter seiner Wählergruppe zu gelten vermag. Unter diesen Umständen dürfte dieser viel mehr daran gelegen sein, durch einen neuen Angehörigen ihrer Gruppe im Organe des Versicherungsträgers vertreten zu sein und zu wissen, daß dieser Vertreter, nachdem er sich eingearbeitet hat, nicht wieder wegen Rückkehr des alten Vertreters, dem u. U. die Angelegenheiten des Versicherungsträgers völlig fremd geworden sind, ausscheiden muß. Damit wird auch der Stetigkeit der Verwaltung der einzelnen Versicherungsträger mehr gedient, als wenn erst nach Kriegsende definitiv über die Zugehörigkeit eines Kriegsteilnehmers zu den Organen entschieden würde. Das Interesse, das die einzelne Wählergruppe an der Vertretung ihrer Anschauungen im Organe des Versicherungsträgers hat, muß nicht unbedingt durch die Vornahme von Ergänzungswahlen unter Berücksichtigung des Verhältniswahlsystems gewahrt werden, sondern dies kann, und muß m. E. auch, in den Fällen der Ernennung geschehen, indem die ernennende Behörde Vorschläge der einzelnen Wählergruppen einholt. Hierbei wäre so zu verfahren, daß der bisherige Besitzstand der Parteien tunlichst gewahrt bleibt, also auf jede Gruppe nur so viel Ernennungen treffen, als tatsächlich Mitglieder ausgeschieden sind.

Entsprechend den vorstehenden Ausführungen wird man also zwischen einem tatsächlichen, auf dem Verlust der Wählbarkeit beruhenden Ausscheiden aus dem Organe des Versicherungsträgers und einer nur durch den Kriegszustand hervorgerufenen augenblicklichen Behinderung in der Ausübung der Rechte als Mitglied des Organs zu unterscheiden haben. In ersterem Falle wird der durch die Tatsache des Verlustes der Wählbarkeit bereits eingetretenen Unfähigkeit zur Ausübung der amtlichen Funktionen (zu vgl. Schulz „Die Wahl, insbesondere die Verhältniswahl in der sozialen Versicherung" S. 59; auch Kaskel-Sitzler „Grundriß des sozialen Versicherungsrechts" S. 55) die formelle Enthebung durch Beschluß zu folgen haben. Hierbei wird allerdings die Vorschrift des § 24 Abs. 2 RVO., wonach dem zu Enthebenden vor der Beschlußfassung Gelegenheit zur Aeußerung zu geben ist, nicht umgangen werden können. Diese Möglichkeit, sich zu äußern, kann m. E. nicht durch eine bei einem Kriegsteilnehmer von vornherein als zwecklos bekannte Zustellung in der Wohnung ersetzt werden. Es wird vielmehr event. unter Vermittlung der Militärbehörde der zu Entheben de selbst zu hören oder, wo er vermißt sein sollte, der Weg der öffentlichen Zustellung (§ 136 Abs. 2 RVO.) zu beschreiten sein. Der Weg des § 18 Abs. 2 VAO., d. h. die Bestellung eines besonderen Vertreters, erscheint mir hier nicht zweckmäßig. Im Falle der vorübergehenden Behinderung in der Ausübung der amtlichen Funktionen wird eine Verständigung des augenblicklich verhinderten Mitglieds des Organs eines Versicherungsträgers von der beabsichtigten Aufstellung eines Stellvertreters unterbleiben können.

Entsprechend dieser Scheidung wird man auch in der Dauer und Art der Berufung zwei Formen zu unterscheiden haben. Für ausgeschiedene und deshalb enthobene Mitglieder der Organe von Versicherungsträgern erfolgt eine für die gesamte Dauer der noch laufenden Wahlperiode geltende Ernennung auf die Stelle des Ausgeschiedenen, sofern nicht etwa ein Ersatzmann vorhanden ist. Dieser tritt dann zunächst in die Zahl der Mitglieder des Organs ein und gilt, falls er selbst noch nicht die Wählbarkeit verloren hat im Falle seiner Kriegsdienstleistung nur als behindert. Für nur behinderte Mitglieder erfolgt jedoch lediglich die Berufung eines Stellvertreters auf die Dauer der Behinderung, jedoch ebenfalls keineswegs für länger als für die Dauer der laufenden Wahlperiode. Dasselbe gilt für die Berufung von Ersatzmännern. Nach Beendigung des Krieges haben die nur für die Dauer der Behinderung berufenen Mitglieder

der Organe auszuscheiden, sobald der Behinderungsgrund bei dem bisherigen Mitglied wegfällt. Entsprechend den Grundsätzen der Verhältniswahl und der Stellvertretung werden die vorübergehend berufenen Mitglieder nur aus dem Organ selbst, nicht aber aus den Kreisen der für das Organ gewählten und berufenen Ersatzmänner ausscheiden. Sie werden vielmehr in die Gruppe der Ersatzmänner übertreten, aus denen, falls die einzelne Gruppe mehr als die satzungsmäßige Anzahl von Ersatzmännern dadurch erhalten sollte, zunächst auf Grund des § 2 der Bekanntmachung berufene Ersatzmänner auszuscheiden hätten. Ein Ausscheiden der so zurücktretenden, als Mitglieder eines Organes berufenen Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Ersatzmänner würde erst dann Platz greifen, wenn zufällig alle gewählten Ersatzmänner zurückkehren würden, was aber wohl ziemlich selten sein dürfte.

Die vorstehend überwiegend hinsichtlich der Krankenkassen zum Ausdruck gebrachten Erwägungen finden sinngemäß auch auf die Berufung von Vertretern zu Organen der anderen Versicherungsvertreter, sowie zu den Versicherungsbehörden Anwendung.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 11 der Amtl. Nachr. vom 15. November 1915.)

I. Unfallversicherung.

Die formale Versicherung eines Betriebs bei einer Berufsgenossenschaft ist beim Eintritt eines Unfalls auch dann maßgebend, wenn der Uebergang des Betriebs auf eine andere Berufsgenossenschaft durch Gesetzesänderung veranlaßt worden, die Ueberweisung aber noch nicht erfolgt ist (2831 S. 743).

Bei kleinbäuerlichen Betrieben gehören die Rettungsarbeiten beim Brande des Hauses, das zugleich den landwirtschaftlichen Zwecken und als Wohnung dient, im vollen Umfang zum landwirtschaftlichen Betriebe (2832 S. 744).

Eine „vorläufige" Rente (§ 1585 Abs. 1 RVO.) liegt nur vor, wenn sie als solche im Bescheid ausdrücklich bezeichnet, nicht schon, wenn sonst ersichtlich ist, daß der Versicherungsträger die Rente der Höhe nach noch nicht als Dauerrente feststellen konnte und wollte (2833 S. 744).

§ 1700 Ziff. 8 RVO. ist nicht anwendbar und der Rekurs stets zulässig, wenn es sich um Neufeststellung einer Dauerrente nach Beendigung von Heilanstaltpflege handelt (2834 S. 745).

Lehnt der Vorsitzende der Spruchkammer einen Antrag auf nachträgliche Verurteilung zur Erstattung außergerichtlicher Kosten (§ 1674 RVO.) ab, so findet hiergegen weder Beschwerde noch Rekurs statt (2835 S. 747).

Hat das Versicherungsamt im Einspruchsverfahren nach §§ 1600 bis 1605 RVO. das Erscheinen des Verletzten zum Zwecke der Beweisaufnahme angeordnet, so hat der Versicherungsträger die hierdurch entstandenen Kosten zu erstatten (2836 S. 748).

Die dem Versicherungsamt durch Zustellung von Löschungsbescheiden (§§ 666, 670 RVO.) entstehenden Kosten haben die Berufsgenossenschaften nicht zu ersetzen (2837 S. 749).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Für die Annahme eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses, insbesondere für die Feststellung der Leistungspflicht einer bestimmten Krankenkasse ist die Feststellung, wer Arbeitgeber ist, nicht zu entbehren (2107 S. 756).

Das Kriegswochengeld (§ 3 der Bek. vom 3. Dezember 1914, RGBl. S. 492) ist wie das Wochengeld aus § 195 Abs. 1 RVO. für 57 Tage zu gewähren (2108 S. 757).

Zur Begründung der formalen Versicherung nach § 213 RVO. ist erforderlich, daß die Beiträge „während" eines ununterbrochenen Zeitraums von drei Monaten, gerechnet vom Tage nach der Anmeldung ab, unbeanstandet angenommen sind; die Annahme „für" einen solchen Zeitraum genügt nicht (2109 S. 759).

Der Grundsatz, daß Kriegsteilnehmern, die sich nach § 313 RVO. freiwillig weiterversichert haben, bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld zusteht, ist aufrechterhalten (2110 S. 761).

Zur Weiterversicherung ist nur berechtigt, wer aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus-

schiebet. — § 214 RVO. gilt nicht für freiwillige Kassenmitglieder (2111 S. 762).

Eine Krankenkasse kann vom Versicherten eine zu Unrecht gewährte Leistung nur im ordentlichen Rechtsweg zurückfordern. — Die Revision ist ungeachtet des § 1695 RVO. zulässig, soweit das Oberversicherungsamt eine Entscheidung getroffen hat, die überhaupt nicht Gegenstand eines Urteils des Oberversicherungsamts sein kann (2112 S. 794).

Die Zeit früheren Bezugs einer Krankenrente oder der sie ablösenden Invalidenrente kann nach §§ 1309, 1394 Abs. 2 RVO. insgesamt nur bis zu einem Jahre als Beitragszeit angerechnet werden (2113 S. 765).

Der einem Ausländer nach § 1316 RVO. erteilte Kapitalabfindungsbescheid hat rechtbegründende Kraft; den Erben steht ein selbständiger Anspruch auf Abfindung nicht zu (2114 S. 767).

Die in der Rev.Entsch. 1714 (Amtl. Nachr. 1913 S. 514) ausgesprochenen Grundsätze — Anrechnung freiwilliger Beiträge auf abgelaufene Anwartschaftsfristen trotz Angabe späterer Entwertungstage — gelten auch nach der Reichsversicherungsordnung (2115 S. 768).

Im Falle des § 1524 RVO. kann die Versicherungsanstalt Ersatz auch für den Unterhalt im Krankenhaus und für das Hausgeld aus den allgemeinen Mitteln des Trägers der Unfallversicherung beanspruchen; die Vorschrift des § 1503, daß für die Kosten des Unterhalts Ersatz nur aus der Unfallrente beansprucht werden kann, gilt in diesem Falle nicht (2116 S. 769).

Der Ersatzkasse steht ein Anspruch auf Ersatz aus der Unfallentschädigung nach § 1528 RVO. nur zu, wenn die Rechte und Pflichten des Mitglieds bei der Krankenkasse nach § 517 Abs. 1 ruhen (2117 S. 771).

Treffen gleichberechtigte Ersatzansprüche mehrerer Armenverbände auf eine Invalidenrente für die gleiche Zeit zusammen (§§ 1531, 1536, 1506 Abs. 1 RVO.), so tritt eine Teilung des halben Betrags der Rente nach Verhältnis der Höhe der Aufwendungen ein. Ist dabei ein Armenverband, dem nach § 1506 Abs. 2 ein Ersatzanspruch auf den vollen Betrag der Rente zusteht, so gebührt ihm der halbe Betrag der Rente ungeteilt, während er an der anderen Hälfte nach Verhältnis der Aufwendungen teilnimmt; auf diese hat er sich aber den vorweg erhaltenen halben Betrag der Rente anrechnen zu lassen (2118 S. 772).

Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. tritt ein, sobald einer der im § 169 bezeichneten Ansprüche gewährleistet ist. Die Gewährleistung des Anspruchs von einem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt ab bewirkt nicht Versicherungsfreiheit für den bereits verflossenen Zeitraum (2119 S. 775).

Eine Krankenkasse, die für einen Versicherten zu Unrecht Beiträge erhoben hat, darf die durch die Anmeldung des Versicherten verursachten Aufwendungen (Meldegebühren, Arzthonorar) nicht ohne weiteres von der zurückzuerstattenden Beitragssumme abziehen. — Zur Entscheidung, ob eine Kasse von einem Arbeitgeber wegen Verletzung der Meldevorschriften Schadenersatz nach § 823 BGB. verlangen kann, sind die Instanzen der Reichsversicherung auch dann nicht zuständig, wenn der Schadenersatzanspruch im Wege der Aufrechnung gegen die Forderung auf Rückerstattung der Beiträge geltend gemacht wird (2120 S. 777).

Streit aus Anlaß von Anträgen aus § 517 Abs. 1 RVO. ist nach § 405 Abs. 2 zu erledigen. — Mitglieder eingeschriebener Hilfskassen, die erst nach dem 1. Januar 1914 als Ersatzkassen zugelassen sind, hatten den § 19 Abs. 5 Kr.Vers.Ges. zu beachten, wenn sie vor dem 1. Januar 1914 einer Krankenkasse angehörten und von da ab von der Pflicht, ihr weiter anzugehören, befreit sein wollten (2121 S. 778).

§ 519 Abs. 1 RVO. gilt entsprechend für Versicherungspflichtige, die beim Inkrafttreten dieser Vorschrift schon Mitglieder einer Krankenkasse waren (2122 S. 779).

Die Zahl der Spruchsachen im Sinne des § 80 Abs. 2 RVO. entspricht im allgemeinen der Zahl der beim Oberversicherungsamt eingelegten Berufungen. Die Art der Erledigung der Berufung ist für die Verpflichtung zur Zahlung des Pauschbetrags nach § 80 Abs. 2 in der Regel bedeutungslos (2123 S. 781).

Bei Berechnung der Zahl der Pauschbeträge sind grundsätzlich alle durch Urteil erledigten Berufungen, ohne Rücksicht auf die Rechtmäßigkeit der Entscheidung, gezählt worden (2124 S. 782).

Beim Vorliegen mehrerer zeitlich und inhaltlich abweichender Berufungsanträge in der gleichen Streitsache sind mehrere Spruchsachen im Sinne des § 80 Abs. 2 RVO. gegeben, auch wenn über sie in einem Urteil entschieden worden ist (2125 S. 785).

Zu den Spruchsachen im Sinne des § 80 Abs. 2 RVO. gehören auch die in den §§ 1771 ff. bezeichneten. — „Beteiligt“ im Sinne des § 80 Abs. 2 ist nur ein Versicherungsträger, der an dem Spruchverfahren selbst prozessual teilgenommen hat (2126 S. 786).

Bei Beteiligung mehrerer Versicherungsträger hat jeder einen entsprechenden Teil des Pauschbetrags zu zahlen, der auf das Versicherungsgebiet entfällt, dem der Versicherungsträger angehört (2127 S. 788).

Eine Versicherungsanstalt, die nach § 1523 RVO. die Feststellung der Unfallrente betreibt, ist im Sinne des § 80 Abs. 2 RVO. beteiligt (2128 S. 789).

Die dem unterliegenden Teile in Spruchsachen der Krankenversicherung vom Oberversicherungsamte nach § 1803 RVO. auferlegte Gebühr mindert nicht den Pauschbetrag nach § 80 Abs. 2 (2129 S. 789).

§ 44 Kais. Vrdg. über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter gilt nicht für Beschwerden der Versicherungsträger wegen Festsetzung des Pauschbetrags nach § 80 Abs. 2 RVO. (2130 S. 790).

Ein nach § 1234 RVO. versicherungsfreier Gemeindebeamter ist zur Selbstversicherung nach § 1243 Abs. 1 Ziff. 2 berechtigt, wenn er neben seinem Amt etwa in gleichem Umfang als landwirtschaftlicher Betriebsbeamter tätig ist (2131 S. 791).

Reisekosten, die dadurch entstehen, daß ein Versicherungsamt von einem nicht reisefähigen Rentenbewerber an dessen außerhalb gelegenem Wohnort einen (formularmäßigen) Antrag auf Versicherungsleistungen (§ 1613) aufnehmen läßt, sind mindestens dann nicht gemäß § 59 Abs. 2 RVO. zu erstatten, wenn vorher überhaupt noch keine Eingabe vorgelegen hat, die als Rentenantrag gelten könnte (2132 S. 792).

B. Allgemeines.

Pauschbetrag aus § 80 Abs. 2 RVO. bei Erstattungsstreit zwischen verschiedenartigen Versicherungsträgern.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 22. September 1915 (2127 Amtl. Nachr. S. 788).

Nach § 80 Abs. 2 der RVO. haben die Versicherungsträger für jede Spruchsache, an der sie beteiligt sind, einen Pauschbetrag zu entrichten. Zu den Spruchsachen im Sinne dieser Vorschrift gehören alle im Spruchverfahren erledigten Sachen, also auch Erstattungsansprüche, die in diesem Verfahren von einem Versicherungsträger gegenüber einem anderen Versicherungsträger geltend gemacht werden. Ob der Ersatzanspruch in den gesetzlichen Vorschriften eine Grundlage findet, ist unerheblich. Da für jede Spruchsache nur ein Pauschbetrag zu entrichten ist, und anderseits auch jeden beteiligten Versicherungsträger die Zahlungspflicht trifft, bleibt bei Beteiligung mehrerer Versicherungsträger nichts anderes übrig, als jeden Versicherungsträger mit einem entsprechenden Teilbetrag des Pauschsatzes zu belasten. Da diese Pauschbeträge für das Gebiet der Unfall- und Invalidenversicherung in verschiedener Höhe bemessen sind (zu vgl. die Bekanntm. des Reichskanzlers vom 16. März 1912, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 715), eine scharfe Unterscheidung der Frage aber, welchem Rechtsgebiete der Erstattungsanspruch angehört, vielfach Schwierigkeiten bietet, erscheint es zweckmäßig, jeden Versicherungsträger in diesen Fällen grundsätzlich mit einem Teilbetrage des Pauschbetrages zu belasten, der auf das Versicherungsgebiet entfällt, dem der Versicherungsträger angehört. Demnach ist die Landesversicherungs-Anstalt hier nur zur Zahlung eines Pauschalbetrags von 9 M., d. h. der Hälfte des Betrages von 18 M., verpflichtet, der als Pauschbetrag in Sachen der Invalidenversicherung nach der vorerwähnten Bekanntmachung des Reichskanzlers zu zahlen ist. Der Tiefbau-Berufsgenossenschaft würde entsprechend ein Pauschbetrag in Höhe von 8 M. (die Hälfte des Betrages von 16 M.) zur Last fallen. Hiernach war der Beschwerde stattzugeben und, wie geschehen, zu erkennen.

Mehrfache Auferlegung des Pauschsatzes aus § 80 Abs. 2 RVO. bei einheitlicher Entscheidung über mehrere Berufungen.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 3. und vom 8. November 1915 (2125 a. und b. Amtl. Nachr. 1915 S. 785).

a) Nach § 80 Abs. 2 RVO. haben die Versicherungsträger für jede Spruchsache, an der sie beteiligt sind, in Sachen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung einen Pauschbetrag von 18 M. zur teilweisen Deckung der Kosten des Oberversicherungsamts zu entrichten (zu vgl. die Bek. des Reichskanzlers vom 16. März 1912, Amtl. Nachr. 1912 S. 715). Die Zahl der Spruchsachen im Sinne des § 80 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung entspricht, wie das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2123 (Amtl. Nachr. 1915 S. 781) ausgesprochen hat, im allgemeinen der Zahl der eingelegten Berufungen. Hier lagen zwei Berufungen vor. Denn die Berufungsanträge wichen zeitlich und inhaltlich voneinander ab und richteten sich gegen zwei verschiedene Bescheide der Landesversicherungsanstalt. Die Einheit der Sachen wird nicht lediglich dadurch begründet, daß das Oberversicherungsamt über die Berufungen, was zwar zweckmäßig, aber sachlich nicht erforderlich war, in einer Entscheidung erkannt hat, wobei übrigens

die beiden Berufungsanträge in der Urteilsformel und in der Begründung auseinandergehalten worden sind. Ob in Fällen des § 1608 der Reichsversicherungsordnung in Sachen der Unfallversicherung der Pauschbetrag doppelt oder einfach zu zahlen ist, kann hier dahingestellt bleiben. Die Berufung der Landesversicherungsanstalt auf diese Vorschrift geht schon deshalb fehl, weil, bei zeitweiser Entziehung einer Invalidenrente nach § 1306 RVO. und späterer dauernder Rentenentziehung nach § 1304 vor Rechtskraft der ersten Rentenentziehung, die gegen den früheren Bescheid gerichtete Berufung nicht, wie im Falle des § 1608, kraft Gesetzes auch als Berufung gegen den neuen Bescheid gilt. b) Hier liegen verschiedenartige, inhaltlich voneinander abweichende Berufungsanträge vor. Denn in der Berufungsschrift hat die Witwe D. sowohl die Gewährung des Witwengeldes wie die Bewilligung der Waisenrente von einem früheren Zeitpunkt ab beantragt. Es handelt sich also um zwei Berufungen. Uebrigens hat die Landesversicherungsanstalt hier auch zwei verschiedene Bescheide erteilt und das Oberversicherungsamt hat zwei besondere Entscheidungen in besonderen Akten erlassen. Lediglich dadurch, daß die Ansprüche der Witwe und der Waise, wie die Landesversicherungsanstalt bemerkt hat, auf die gleiche Ursache (den Tod des Ehemanns der Frau D.) zurückzuführen sind und daß insofern eine gewisse Wesensgleichheit beider Ansprüche besteht, sowie dadurch, daß das Oberversicherungsamt die Terminsladung für beide Sachen in einem Beschlusse verfügt und über sie in der gleichen Sitzung entschieden hat, wird die Einheit der Sachen für die Festsetzung des Pauschbetrags nicht bedingt. Hiernach war der Ansatz doppelter Pauschbeträge gerechtfertigt.

Eine Spruchsache ist durch Anerkenntnis nicht erledigt, wenn nicht auch der Kostenpunkt erledigt wird (§ 1670 RVO.)

Entsch. des **Oberversicherungsamts Leipzig** vom 15. Oktober 1915 (IV A. 13).

Durch Entscheidung des Versicherungsamts ist der von dem Maurer R. erhobene Anspruch auf Zahlung von 20 M. Kosten wegen Unzuständigkeit des Versicherungsamts zurückgewiesen worden, weil es sich nach Ansicht des Versicherungsamts lediglich noch um einen zivilrechtlichen Ersatzanspruch handele, den R. gegebenenfalls im ordentlichen Verfahren anhängig zu machen habe. Auf Beschwerde des R. wurde die Entscheidung aufgehoben und die Sache an den Spruchausschuß des Versicherungsamtes zurückverwiesen. — Aus den G r ü n d e n:

Die angefochtene Entscheidung geht in zweierlei Hinsicht fehl, einmal darin, daß im B e s c h l u ß verfahren über den streitigen Anspruch entschieden wurde, und zum anderen darin, daß sie die endgültige Entscheidung über den Kostenerstattungsanspruch R.'s indirekt vor die ordentlichen Gerichte verweist. Das letztere läßt sich mit den Aufgaben und Zielen, die der sozialen Rechtsprechung durch die Gesetzgebung gesteckt sind, nicht vereinbaren.

Maurer R. lag mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse wegen einer Leistung aus der Krankenversicherung im Streit. Ueber derartige Streitigkeiten ist nach § 1636 RVO. vom Spruchausschuß des Versicherungsamtes zu entscheiden, wenn nicht nach § 1657 eine Vorentscheidung oder nach § 1661 eine Entscheidung des Vorsitzenden zulässig ist. Nach § 1670 ist bei der Verhandlung der Sache von Amts wegen zu prüfen, ob und in welchem Betrage die unterliegende Partei dem Gegner seine Kosten zu erstatten hat. Die Höhe der Kosten ist im Urteil festzusetzen.

Nach Maßgabe dieser Vorschriften des § 1670 RVO. ist das Versicherungsamt nicht berechtigt, das Streitverfahren als durch Parteieinverständnis erledigt zu erklären, wenn sich das Einverständnis nur auf die Hauptforderung des Klägers und nicht mit auf die außergerichtlichen Kosten des Streitverfahrens erstreckt. Die Behandlung der Kostenfrage hängt mit der Behandlung des Hauptstreitgegenstandes eng zusammen, sie kann nicht von dieser völlig abgetrennt werden, und eine Entscheidung des Spruchausschusses erübrigt sich nur dann, wenn auch bezüglich des Kostenpunktes Einverständnis zwischen den Parteien erzielt ist. Erstreckt sich das Anerkenntnis der beklagten Partei, wie in vorliegender Sache, nur auf die Hauptforderung des Klägers, so muß trotz der danach vorliegenden Klärung der Sachlage entschieden werden. Dabei kann das Urteil sich bezüglich der Hauptsache darauf beschränken, dem Anerkenntnisse der Beklagten gemäß zu erkennen; im übrigen aber ist Klarheit darüber zu schaffen, ob und in welchem Betrage das aus dem Anerkenntnisse des Hauptanspruchs zu folgernde Unterliegen der beklagten Partei den Anspruch des Klägers auf Erstattung seiner außergerichtlichen Kosten rechtfertigt. Insofern geht die Bezugnahme auf Anm. 8 zu § 1670 RVO. des Kommentars von D a n n e n b e r g fehl.

C. Zur Krankenversicherung.

Rechtsweg für Rückforderung grundloser Leistungen vom Versicherten. Zulässigkeit der Revision, wenn in solchem Falle das OVA. entschieden hat.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 23. Nov. 1914 (2112 Amtl. Nachr. 1915 S. 764).

Die Entscheidung des Oberversicherungsamts entspricht insofern nicht den gesetzlichen Vorschriften, als es den Kläger auf die Widerklage der beklagten Krankenkasse zur Rückerstattung der angeblich zuviel erhaltenen 2,40 M. (Krankengeld) verurteilt hat. Insoweit hat das angefochtene Urteil einen gesetzlich unzulässigen Inhalt. Solche zu Unrecht gezahlten Unterstützungen würden in dem Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung nur dann zurückgefordert werden können, wenn dieses Verfahren dafür ausdrücklich vorgeschrieben wäre. Das ist jedoch nicht der Fall. Denn es handelt sich zunächst um keine Ansprüche im Sinne des § 1551 Abs. 1 RVO. Hierunter fallen nur Ansprüche der Berechtigten gegen Kassen und andere Träger der Fürsorge. Aber auch § 1551 Abs. 2, 3, 4 treffen nicht zu, da Rückzahlungen zu Unrecht gewährter Kassenleistungen nicht zu den dort bezeichneten Leistungen gehören, die als Leistungen der Krankenversicherung gelten. Endlich ist auch die Vorschrift des § 224 nicht anwendbar. Denn diese betrifft, wie der Wortlaut ergibt, nur Ansprüche, die Kassen gegeneinander oder in den Fällen des im § 224 Nr. 1 erwähnten § 222 Arbeitgeber gegen Kassen erheben. Hiernach bleibt mangels einer besonderen Regelung nach der Reichsversicherungsordnung (zu vgl. § 13 des Gerichtsverfassungsgesetzes in der Fassung vom 20. Mai 1898) für die Verfolgung von Ansprüchen, wie der vorliegende, soweit sie nicht etwa im Wege der Aufrechnung geltend gemacht werden (zu vgl. auch Rev.Entsch. 1261 und 1519, Amtl. Nachr. 1906 S. 430, 1910 S. 653), nur die Klage im ordentlichen Rechtsweg übrig (zu vgl. Hoffmann, Komm. 5. Aufl. Anm. 5 zu § 224, auch M. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 3 zu § 224).

Weiter ist zu prüfen, ob im vorliegenden Falle dieser Mangel der Entscheidung in der Revisionsinstanz überhaupt beachtet werden kann. Diese Frage ist zu bejahen. Zwar würde an sich die Revision um deswillen ausgeschlossen sein, weil es sich hier um einen Unterstützungsfall handelt, in dem der Kranke weniger als acht Wochen arbeitsunfähig war (§ 1695 Nr. 2 RVO.). Das Reichsversicherungsamt hat jedoch bereits für das Gebiet der Unfallversicherung ausgesprochen, daß in einer an sich nicht rekursfähigen Sache der Rekurs stets stattfindet, soweit das Schiedsgericht eine Entscheidung getroffen hat, die überhaupt nicht den Gegenstand eines schiedsgerichtlichen Urteils bilden kann (zu vgl. Handb. der Unf.Vers. 3. Aufl. Anm. 4 zu § 80 GUVG. und die dort erwähnte Rek.Entsch. 925, Amtl. Nachr. 1890 S. 601). Diesen Grundsatz für das Revisionsverfahren und für das Gebiet der Reichsversicherungsordnung zu übernehmen, hat der erkennende Senat keine Bedenken getragen. Dann ergibt sich für den vorliegenden Fall zunächst, daß die Revision insoweit zulässig ist, als der Kläger zur Zurückzahlung von 2,40 M. an die Beklagte verurteilt ist.

---

§ 214 RVO. gilt nicht für freiwillige Mitglieder.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Sept. 1915 (2111 Amtl. Nachr. 1915 S. 762).

. . . Einwandfrei ist auch die weitere Annahme des Oberversicherungsamts, daß die Beklagte den Antrag des Klägers vom 7. Oktober 1914, ihn als freiwilliges Mitglied wieder aufzunehmen, mit Recht zurückgewiesen hat, weil er bei seinem Ausscheiden aus der Kasse am 30. September 1914 nicht Pflichtmitglied, sondern freiwilliges Mitglied war. § 313 RVO. gibt das Recht zur Weiterversicherung unter den dort bezeichneten Voraussetzungen nur den „aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung Ausgeschiedenen", nicht auch den freiwilligen Mitgliedern. Dies geht aus dem Wortlaut der Vorschrift unzweideutig hervor. Auch die Entstehungsgeschichte des § 313 enthält nichts, was auf eine andere Deutung hinweisen könnte. Vielmehr hat in den Kommissionsverhandlungen ein Regierungsvertreter ausdrücklich erklärt, daß das Mitglied beim Ausscheiden in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung stehen müsse (Komm.-Ber. II S. 194). Seine weitere Bemerkung, „im übrigen aber würden in die sechs Wochen auch Zeiten einer freiwilligen Mitgliedschaft eingerechnet", betrifft lediglich die Frage, ob die Wartezeit des § 313 Abs. 1 auch durch freiwillige Versicherung, die der letzten Pflichtversicherung vorangegangen war, erfüllt werden kann, eine Frage, die hier nicht zu entscheiden ist und daher unerörtert bleiben mag.

Da beim Eintritt des Versicherungsfalls am 14. Oktober 1914 mehr als drei Wochen seit

dem Ausscheiden des Klägers aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung verflossen waren, der Kläger aber in der Zeit vom 6. August bis 30. September 1914 auf Grund der Weiterversicherung als freiwilliges Mitglied der Beklagten angehört hat, so fragt es sich, ob dem Anspruch des Klägers § 214 RVO. zur Seite steht. Auch dies hat das Oberversicherungsamt mit Recht verneint, weil § 214 für freiwillig Versicherte nicht gelte. Nach § 28 Kr.Vers.Ges. verblieb Personen, die infolge eingetretener Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausschieden, der Anspruch auf die gesetzlichen Mindestleistungen der Kasse in Unterstützungsfällen, die während der Erwerbslosigkeit und innerhalb eines Zeitraums von drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse eintraten, wenn der Ausscheidende vor seinem Ausscheiden mindestens drei Wochen einer auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse angehört hatte. Ob die Vorschrift sich nur auf Pflichtmitglieder oder auch auf freiwillige Mitglieder bezog, war bestritten. Hahn, Kr.-Vers.Ges. Anm. 1a zu § 28, v. Woedtke, Kr.Vers.Ges. Anm. 2 zu § 28, Reger-Henle, Kr.Vers.Ges. Anm. 2 zu § 28, v. Schicker, Kr.Vers.Ges. Anm. 1 zu § 28, v. Piloty-Redenbacher, Kr.Vers.Ges. Anm. 1 zu § 28 nahmen letzteres an. Dagegen vertraten Schultzenstein, Verwaltungs-Archiv Band 5 S. 300, Hoffmann, Kr.Vers.Ges. Anm. 1 zu § 28, Köhne, Kr.Vers.Ges. Anm. 1 zu § 28 die Ansicht, daß die Vorschrift nur für Zwangsmitglieder anwendbar wäre. Ebenso hatte auch der Herzoglich Braunschweigische Verwaltungsgerichtshof entschieden (Entsch. vom 1. November 1905, Arb.-Vers. 1905 S. 763, 1906 S. 621). Dem § 28 Kr.Vers.Ges. entspricht § 214 RVO. Danach verbleibt Versicherten, die wegen Erwerbslosigkeit ausscheiden und in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert waren, der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eintritt. Es ist nach wie vor streitig, ob auch freiwillige Mitglieder diese Vergünstigung beanspruchen können. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 zu § 214, Verwaltungs-Archiv Bd. 20 S. 425, Arb.-Vers. 1914 S. 182, Kunowsky, Krankenversicherung und Armenverbände S. 25, Simm, Juristisches Literaturblatt 1914 S. 42 und der Verfasser des Aufsatzes „Krankenhilfe während der Erwerbslosigkeit" im Versicherungsboten 1914 S. 277 bejahen die Frage. Dagegen sind Hoffmann, Komm. Anm. 3 zu § 214, Olshausen, Kr.Vers. Anm. 1 zu § 214, Arb.-Vers. 1914 S. 179, Düttmann-v. Frankenberg, Komm. Anm. 2a zu § 214, Stier-Somlo, Komm. Anm. 3a zu § 214, Petersen, Kr.Vers. Anm. 1 zu § 214, Manes-Mentzel-Schulz, Handausgabe Anm. zu § 214, v. Köhler u. a., RVO. Anm. 1 zu § 214, Haenel, Handausgabe Anm. 5 zu § 214 der Ansicht, daß unter Versicherten im Sinne des § 214 nur Pflichtmitglieder zu verstehen seien. Das Reichsversicherungsamt hat sich dieser letzteren Auffassung angeschlossen. Der Ausdruck „Versicherte" im § 214 läßt sich zwar weder für die eine noch für die andere Meinung verwerten. Denn die Reichsversicherungsordnung bezeichnet damit bald nur die Versicherungspflichtigen (z. B. § 395 Abs. 1, §§ 396, 397 Abs. 2, § 517 Abs. 2), bald die Versicherungspflichtigen und die freiwillig Versicherten (z. B. §§ 186, 188, 217, 220, 332, 529 Abs. 1). Wohl aber rechtfertigen die Worte: „Scheiden... wegen Erwerbslosigkeit aus" die Auffassung, daß unter Versicherten in diesem Zusammenhange nur die Zwangsversicherten zu verstehen sind. Denn nur für sie wird mit dem Aufhören der Beschäftigung gegen Entgelt, dem Eintritt der Erwerbslosigkeit, die gesetzliche Voraussetzung der Versicherung hinfällig. Sie scheiden dann wegen Erwerbslosigkeit aus; diese bildet die unmittelbare Ursache des Ausscheidens. Für freiwillige Kassenmitglieder kann aber der Eintritt der Erwerbslosigkeit nur ein Grund für die erst das Ausscheiden bewirkende Austrittserklärung oder Nichtzahlung der Beiträge (§ 314 Abs. 1), niemals aber, wie bei der Pflichtversicherung, die unmittelbare Ursache des Ausscheidens sein. Dementsprechend führt auch die Begründung zum § 226 des Entwurfs einer RVO., aus dem § 214 hervorgegangen ist, S. 182 aus: „Der Paragraph bezieht sich wie § 28 Kr.Vers.Ges. nicht auf freiwillige Mitglieder. Denn diese können nicht wegen Erwerbslosigkeit ausscheiden". Auch die Kommissions- und die Reichstagsverhandlungen enthalten nichts, was darauf hindeuten könnte, daß man bei der Beratung des Gesetzes den in der Begründung klar dargelegten Standpunkt nicht gebilligt hätte. Ferner ist zu berücksichtigen, daß § 214, der die Kassen zu Leistungen ohne Gegenleistungen verpflichtet, als eine Ausnahmevorschrift gelten muß, die nach allgemeinen Auslegungsregeln streng auszulegen ist. Auch ein Bedürfnis, den freiwillig Versicherten, wenn sie wegen Erwerbslosigkeit die Beiträge nicht weiterzahlen können, über die Dauer der Mitgliedschaft hinaus den Anspruch auf die Regelleistungen in den Grenzen des § 214 zu sichern, kann nicht anerkannt werden. Für sie ist schon durch § 314 Abs. 1 ausreichend gesorgt. Ihre Mitgliedschaft erlischt erst, wenn sie zweimal nacheinander am Zahltag die Beiträge nicht ent-

richten und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind.

Der Anspruch des Klägers kann hiernach auch auf § 214 RVO. nicht gestützt werden. Er ist daher mit Recht zurückgewiesen.

Wochenhilfe für die Frau eines Kriegsteilnehmers, der schon vor dem Kriege in den Militärdienst eingetreten war.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Juli 1915 (2084 Amtl. Nachr. 1915 S. 662).

Nach § 1 der Bekanntm. vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) ist die Gewährung von Wochenhilfe davon abhängig, daß der Ehemann der Wöchnerin in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leistet und vor Eintritt in diese Dienste auf Grund der Reichsversicherungsordnung gegen Krankheit versichert gewesen ist. In der im Abgabebeschlusse des Oberversicherungsamts bezeichneten Auskunft des Reichsamts des Innern wird die wohlwollende Absicht, die der Einrichtung der Kriegswochenhilfe zu Grunde liege, besonders hervorgehoben und ausgeführt, daß die Entscheidung davon abhänge, ob die Worte „in diese Dienste" auf die Worte „in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten" zurückbezogen werden müssen, oder ob man die Beziehung auf die Worte „Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste" beschränken könne, die dem Reiche überhaupt, unter Umständen also auch vor Kriegsbeginn, geleistet wurden. Der erkennende Senat hat sich der letzteren auch in der bezeichneten Auskunft vertretenen Auffassung zum mindesten für den hier vorliegenden Fall angeschlossen, daß es sich bei dem vor Kriegsbeginn erfolgten Eintritt in diese „ähnlichen Dienste" um die Ableistung der gesetzlichen Dienstpflicht handelt. Der Senat ist dabei davon ausgegangen, daß es offenbar die Absicht des Gesetzgebers gewesen ist, die Einrichtung der Kriegswochenhilfe möglichst weiten Kreisen zugute kommen zu lassen und daß daher eine wohlwollende Auslegung geboten sei. Er befindet sich auch in dieser Beziehung in Uebereinstimmung mit der Auskunft des Reichsamts des Innern. Ihr konnte besondere Bedeutung beigelegt werden, da die Verhandlungen über das Zustandekommen der bezeichneten Bekanntmachung über die Kriegswochenhilfe nicht veröffentlicht sind und es sich hier um die Aeußerung einer beim Zustandekommen der Bekanntmachung beteiligten Behörde handelt. Es unterliegt ferner keinen Bedenken, militärische Dienstleistungen im Frieden als ähnliche Dienste im Sinne der Bekanntmachung anzusehen. Denn die Ableistung der Militärdienstpflicht in Friedenszeiten begreift im allgemeinen dieselben Dienste in sich, wie solche die Kriegsdienste darstellen. Der Unterschied ist im wesentlichen nur der, daß erstere zur Vorbereitung für den Fall einer kriegerischen Verwicklung, letztere nach Eintritt einer solchen geleistet werden. In der Tat würde auch die entgegengesetzte Auffassung ein wenig erfreuliches und in Laienkreisen kaum verständliches Ergebnis darstellen. Bei dieser Sachlage war im vorliegenden Falle, da der Ehemann der Klägerin vor seinem Eintritt beim Militär unstreitig über ein Jahr lang ununterbrochen Mitglied der Beklagten war, die angefochtene Entscheidung aufzuheben und die Beklagte zur Gewährung von Wochenhilfe an die Klägerin zu verpflichten.

Vererblichkeit des Anspruchs auf Krankengeld.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 28. Juni 1915 (2086 Amtl. Nachr. 1915 S. 664).

Der Kläger verlangt insbesondere Zahlung des seiner Ehefrau zustehenden Krankengeldes. Er kann den Anspruch nur als Erbe der Verstorbenen geltend machen. Vor deren Tode ist die Gewährung von Krankengeld nicht beantragt worden. Es fragt sich somit, ob Ansprüche auf Krankengeld vererblich sind, auch wenn ihre Anmeldung bei Lebzeiten des Versicherten unterblieben ist. Diese Frage ist in Uebereinstimmung mit der in der Literatur überwiegend vertretenen Auffassung zu bejahen (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. Ia zu § 119 RVO.; Rosin, Das Recht der Arbeiterversicherung I. § 66 III S. 477; Weyl, Lehrbuch des Reichsversicherungsrechts S. 982; Koehne, Die Vererblichkeit der Ansprüche auf Leistungen der Krankenkassen, Verwaltungsarchiv 23 S. 434; dagegen Hoffmann, Zentralbl. der Reichsvers. 1915 S. 141).

Nach § 1545 RVO. sind die Leistungen der Unfallversicherung von Amts wegen, die der Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung dagegen auf Antrag festzustellen. Auch nach § 75 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes vom 22. Juni 1889 wurden Invaliden- und Altersrenten nur auf Antrag gewährt. Das Reichsversicherungsamt nahm auf Grund dieser Vorschrift an, daß der Rentenanspruch erst mit der Anmeldung entstehe. Diese bilde ein zwar formales, aber doch selbständiges und wesentliches Erfordernis für die Rentenbewilligung. Ebenso wie die sonstigen Voraussetzungen des Rentenanspruchs müsse es bei Lebzeiten des Versicherten erfüllt sein. Der Rentenanspruch wurde daher nur dann für vererblich erachtet, wenn er noch vor dem Tode des Versicherten angemeldet war (zu vgl. Revisionsentscheidungen 230 und 289, Amtl. Nachr. 1893 S. 73 und 142). Dieser Grundsatz ist unter näherer Abgrenzung des Kreises der Rechtsnachfolger in § 41 Abs. 4 des Invalidenversicherungsgesetzes sowie in die Reichsversicherungsordnung über-

nommen und von dieser auf die Hinterbliebenenversicherung ausgedehnt worden. In diesem Sinne schreibt § 1303 RVO. vor: „Stirbt ein Versicherter oder ein zum Bezug einer Witwen- oder Witwerrente oder eines Witwengeldes Berechtigter, nachdem er seinen Anspruch erhoben hatte, so sind zur Fortsetzung des Verfahrens und zum Bezuge der bis zum Todestage fälligen Beträge nacheinander berechtigt der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister, wenn sie mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben" (zu vgl. auch Revisionsentscheidung 1895, Amtl. Nachr. 1914 S. 644). Für die Krankenversicherung ist eine ähnliche Vorschrift nicht getroffen, obwohl auch hier die Leistungen ebenso wie in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nur auf Antrag festgestellt werden. Die Rechtslage ist somit die gleiche wie für die Invalidenversicherung nach dem Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz. Es fragt sich daher, ob die damals vom Reichsversicherungsamt aufgestellten Grundsätze über die Vererblichkeit der Rentenansprüche auf die Krankenversicherung entsprechend anzuwenden sind. Das ist unbedenklich insoweit zulässig, als ein Anspruch auf Krankengeld oder auf sonstige Barleistungen der Kasse schon vor dem Tode des Versicherten erhoben war. Dann geht er nach allgemeinen Grundsätzen auf die Rechtsnachfolger über (zu vgl. die bezeichnete Revisionsentsch. 230). Die Vererblichkeit kann aber nicht unbedingt von einem Antrag bei Lebzeiten des Versicherten abhängig gemacht werden. Die Verhältnisse in der Krankenversicherung liegen wesentlich anders als in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Hier beschränkt sich die Verpflichtung der Versicherungsträger auf die Zahlung von Geldbeträgen wie Renten usw. Die Einleitung eines Heilverfahrens ist nach § 1269 RVO. nur ein Recht, keine Pflicht der Versicherungsanstalten. Dagegen haben die Krankenkassen in Krankheitsfällen außer Krankengeld auch Krankenpflege zu gewähren. Sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln (zu vgl. § 182 Nr. 1 RVO.). Diese Leistungen können zwar ihrer Natur nach nur bei Lebzeiten des Versicherten erfolgen. Der Anspruch auf sie erlischt daher mit dem Tode des Versicherten und geht nicht auf seine Erben über. Die Verpflichtung der Kassen zur Gewährung von Krankenpflege kann aber unter Umständen auch Ansprüche auf Barleistungen begründen. Wie sich aus § 368 Halbsatz 2 ergibt, darf der Versicherte in dringenden Fällen einen anderen Arzt als den Kassenarzt in Anspruch nehmen. Dann kann er von der Krankenkasse Bezahlung der Arztkosten verlangen. Er wird nicht selten den Anspruch bei Lebzeiten nicht mehr erheben können. Das gilt namentlich bei plötzlichen Unglücksfällen, wenn der Versicherte bald nach dem Unfall stirbt usw. Wäre der Anspruch auf Bezahlung der Arztkosten durch die Kasse alsdann nicht vererblich, so müßten die Erben des Versicherten die Kosten aus eigenen Mitteln bestreiten. Dadurch würden ihnen Verpflichtungen auferlegt, die an sich der Krankenkasse obliegen. Eine solche Bereicherung der Kasse auf Kosten der Erben kann der Gesetzgeber nicht gewollt haben. Der Anspruch auf Grund des § 368 Halbsatz 2 ist daher vererblich, mag er auch bei Lebzeiten des Versicherten nicht angemeldet worden sein. In gleicher Weise muß der Anspruch auf Krankengeld behandelt werden. Er beruht auf demselben Rechtsgrund wie die Forderung aus § 368 Halbsatz 2, nämlich auf einer Erkrankung des Versicherten, und ist seinem Wesen nach dieser Forderung gleichartig. Er betrifft eine Barleistung, welche nicht nur dem Versicherten selbst zugute kommen soll. Das Krankengeld bildet nämlich einen gewissen Ersatz für den Lohnausfall, den der Versicherte durch seine Krankheit erleidet. Hat er Angehörige, deren Unterhalt er ganz oder teilweise aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, so dient das Krankengeld zugleich zur Unterstützung der Angehörigen. Darauf weist die Begründung zum Entwurfe des Krankenversicherungsgesetzes hin. Dort ist bemerkt, die Verarmung zahlreicher Arbeiterfamilien habe ihren Grund darin, daß sie in Zeiten der Krankheit ihrer Ernährer „eine ausreichende Unterstützung nicht erhalten" (zu vgl. Drucksachen des Reichstags Bd. 72 S. 140). Auch der Anspruch auf Krankengeld ist demnach vererblich, selbst wenn er vor dem Tode des Versicherten noch nicht erhoben war. Das ist in der bisherigen Rechtsprechung, soweit ersichtlich, niemals in Frage gezogen worden (zu vgl. insbesondere die Entscheidungen des Kgl. Preuß. Landgerichts Frankfurt a. M. vom 25. November 1890 und des Königl. Preuß. Oberlandesgerichts daselbst vom 3. April 1891, welche die Vererblichkeit der Ansprüche auf Krankengeld voraussetzen; Arbeiter-Versorgung 1891 S. 394 ff.). Die Vorschrift des § 1545 RVO., wonach die Leistungen der Krankenversicherung auf Antrag festzustellen sind, bedeutet nur, daß die Leistungen nicht von Amts wegen gewährt werden sollen (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. I a zu § 119 RVO.). Soweit es sich um einen vererblichen Anspruch handelt, sind die Erben zur Stellung des Antrags befugt. Der Kreis der Erbberechtigten bestimmt sich mangels anderweitiger gesetzlicher Vorschriften nach den erbrechtlichen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs....

D. Zur Unfallversicherung.

Die Gewährung orthopädischer Schuhe darf nicht abhängig gemacht werden von der Zahlung des Anschaffungspreises gewöhnlicher Schuhe.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 2. November 1915 (Ia 7118/14).

Das Rekursgericht hat die Voraussetzungen des § 1693 der Reichsversicherungsordnung als gegeben erachtet und demgemäß in der Sache entschieden. Der Rechtsauffassung der Beklagten und des Oberversicherungsamts hat es sich aber nicht anzuschließen vermocht. Nach § 558 Nr. 1 RVO. sind die Versicherungsträger zur Krankenbehandlung der Verletzten verpflichtet; „sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, anderen Heilmitteln sowie Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg des Heilverfahrens zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern (Krücken, Stützvorrichtungen und dergleichen)". Diese Vorschrift stellt keine Neuerung gegenüber dem bisherigen Rechte dar, sie deckt sich vielmehr mit der Bestimmung des § 9 Ziff. 1 GUVG. Hiernach stellt das Gesetz die Verpflichtung des Versicherungsträgers zur Lieferung von Hilfsmitteln der bezeichneten Art fest. Dem Verletzten erwächst gegen den Versicherungsträger ein Anspruch auf Versorgung mit derartigen Hilfsmitteln, der einheitlich und unbedingt ist. Weder die Fassung noch die Entstehung der Vorschrift läßt die Annahme zu, daß der Versicherungsträger die Erfüllung der ihm (einseitig) auferlegten Pflicht von einer Gegenleistung des Verletzten abhängig machen könne. Auch der Zweck des Gesetzes, dem Verletzten in weitgehendstem Maße die Erwerbsfähigkeit zurückzugeben, widerspricht einer derartigen Annahme. Wäre ein Verletzter nicht in der Lage, die geforderte Gegenleistung zu bewirken, so würde bei Zugrundelegung jener Auffassung der Versicherungsträger einfach berechtigt sein, die Hilfsmittel zu verweigern. Von dieser Pflicht gibt es aber keine Befreiung, insbesondere kann sich ihr der Versicherungsträger auch nicht durch Gewährung einer höheren Rente entziehen (zu vgl. Bescheid 2005, Amtl. Nachr. 1903 S. 476).

Nach dieser Erwägung ist die Beklagte im vorliegenden Falle nicht berechtigt, die Lieferung der orthopädischen Stiefel von einer Zahlung des Klägers von 12 M. abhängig zu machen.

Daß derartige Schuhe zu den Hilfsmitteln nach § 558 RVO. gehören, ist von der Beklagten anerkannt und auch nicht zu bezweifeln; denn es handelt sich um eigenartiges besonders gearbeitetes Schuhwerk. Die von der Beklagten und dem Oberversicherungsamt für ihre Ansicht gegebene Begründung, daß der Kläger auch ohne den Unfall Schuhe tragen und dafür mindestens den Preis von 12 M. aufwenden, daß er also bei Zahlung der vollen Kosten durch den Versicherungsträger ungerechtfertigt bereichert würde, ist nicht stichhaltig. Der dem Kläger eingeräumte einheitliche Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln der bezeichneten Art ist eben nicht anders als durch unbedingte Naturallieferung zu erfüllen. Das Gesetz schließt damit die Annahme einer ungerechtfertigten Bereicherung aus. Hiernach war unter Aufhebung ihrer Bescheide die Beklagte zur Zahlung des vollen Preises der Stiefel zu verurteilen.

Anmerkung: Allgemeiner läßt sich sagen, daß der Umstand, daß eine Leistung zugleich ein Gegenstand des allgemeinen Lebensbedarfs, der Nahrung oder Kleidung ist, ihr noch nicht den Charakter eines vom Versicherungsträger voll zu gewährenden Heil- oder Hilfsmittels nimmt. Zu vgl. für das Gebiet der Krankenversicherung: Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 5a zu § 182 RVO. und insbesondere hinsichtlich orthopädischer Schuhe Entsch. des bad. VGH. und des preuß. OVG. in Arb.-Vers. 1908 S. 168 und 1911 S. 663.

Schachtmeister als Mittelsperson, nicht Unternehmer.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 16. November 1915.

Das Reichsversicherungsamt hat sich der Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts insofern angeschlossen, als es den Schachtmeister J. nicht als selbständigen Unternehmer angesehen hat.

J. hat die in Rede stehenden Arbeiten für die Gewerkschaft D. K. zwar durch Arbeiter ausführen lassen, die er selbst angenommen hatte. Er hat indessen über die Arbeitskraft der angenommenen Personen nicht für sich, sondern für die Gewerkschaft D. K. verfügt. Er hat auch nicht etwa ein dem Umfange der Arbeiten entsprechendes Betriebskapital besessen. Auch die Lieferung von Material an die Gewerkschaft ist für ihn nicht in Frage gekommen. Wirtschaftlich betrachtet hat er also lediglich als Mittelsperson die Arbeit und den Lohn, den er von der Gewerkschaft empfangen hat, an andere Arbeiter weitergegeben. Dem entsprach auch die Art der ihm zugebilligten Vergütung. Unerheblich ist es hierbei, daß J. das empfangene Geld nicht gleichmäßig mit den von ihm angenommenen Arbeitern geteilt hat. Der den Lohn der anderen Arbeiter überschießende Betrag kann nur als eine Vergütung für Vermittlung der Arbeitsgelegenheit, für Leitung der Arbeit und Bereitstellung von Arbeitsgerät gelten, der jedoch

das Kennzeichen des Unternehmergewinns mangelte. Allerdings kann für die Frage der Unternehmereigenschaft einer Person der Umstand in Betracht kommen, daß diese gleichzeitig für mehrere Auftraggeber Arbeiten ausführt. Als selbständiger Unternehmer kann indessen auch eine solche Person nur dann angesehen werden, wenn sie sich ihren gesamten wirtschaftlichen Verhältnissen nach über den Stand der Arbeiter erhebt. Diese Voraussetzung aber trifft in Bezug auf J. nicht zu. Rechtlich belanglos ist es, daß J. der Gewerkschaft gegenüber die vertragliche Pflicht übernommen hatte, die von ihm angenommenen Arbeiter selbst zu versichern und für die Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften Sorge zu tragen. Eine solche private Abmachung kann die Gewerkschaft von den ihr auf Grund des öffentlichen Rechts gegenüber der Berufsgenossenschaft obliegenden Pflichten nicht befreien.

Der Antrag der Gewerkschaft in Hamborn-Bruckhausen auf Freistellung von den veranlagten Genossenschaftsbeiträgen mußte unter diesen Umständen als unbegründet angesehen und demgemäß die weitere Beschwerde gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts vom 26. August 1915 zurückgewiesen werden.

E. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Vom 23. Dezember 1915. (RGBl. S. 845).*)

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1.

Während des gegenwärtigen Krieges in deutschen oder österreichisch-ungarischen Diensten zurückgelegte Militärdienstzeiten (§ 1393 Abs. 1 Nr. 1 und 2 RVO.) werden Versicherten, deren Anwartschaft aufrechterhalten ist oder gemäß dieser Verordnung aufrechterhalten wird, welche aber die Voraussetzung des § 1393 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung nicht erfüllt haben, als Zeiten freiwilliger Versicherung angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Dabei gelten die entsprechenden Wochen, wenn zuletzt vorher, nicht nur vorübergehend, gültige Selbstversicherungsbeiträge entrichtet wurden, als Selbstversicherungsbeiträge, andernfalls je nach der Art der zuletzt vorher gültig entrichteten Beiträge als zur fortgesetzten Selbstversicherung oder zur Weiterversicherung geleistete Wochenbeiträge der Lohnklasse II.

§ 2.

Soweit während des gegenwärtigen Krieges die Beitragsleistung zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung infolge von Maßnahmen feindlicher Staaten gehindert ist, dürfen für Versicherte deutscher und österreichisch-ungarischer Staatsangehörigkeit Beiträge, deren Entrichtung wegen Ablaufs der in den §§ 1442, 1443, 1444 Abs. 2 RVO. vorgesehenen Fristen unzulässig sein würde, noch bis zum Schlusse desjenigen Kalenderjahrs nachentrichtet werden, das dem Jahre folgt, in dem der Krieg beendet ist.

Für freiwillige Beiträge, die beim Eintritt der Behinderung wirksam nachentrichtet werden konnten, gilt der Abs. 1 nur in dem Umfang, in dem sie zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft (§§ 1280, 1282 RVO.) erforderlich sind.

In demselben Umfang ist die Nachentrichtung freiwilliger Beiträge in den Fällen der vorhergehenden Absätze auch nach eingetretener Invalidität zulässig.

§ 3.

Für Versicherte, die während des gegenwärtigen Krieges in deutschen oder österreichisch-ungarischen Diensten militärische Dienstleistungen verrichten, dürfen Beiträge, die bei dem Beginne der Dienstleistungen noch wirksam nachentrichtet werden konnten, wenn es sich um Pflichtbeiträge handelt, in dem nach § 2 Abs. 1, wenn es sich um freiwillige Beiträge handelt, in dem nach § 2 Abs. 2 und 3 zulässigen Umfang nachentrichtet werden.

§ 4.

Die Verjährung nach § 29 Abs. 1 RVO. läuft bei rückständigen Pflichtbeiträgen nicht vor dem Zeitpunkt ab, bis zu dem sie gemäß den §§ 2, 3 nachentrichtet werden dürfen.

§ 5.

Die Nachentrichtung freiwilliger Beiträge gemäß § 2 Abs. 2 und 3 und § 3 ist nur in der ersten oder zweiten Lohnklasse zulässig.

Bezüglich der Entrichtung höherer als der gesetzlichen Beiträge für Zeiten versicherungspflichtiger Beschäftigung verbleibt es bei den bestehenden Vorschriften.

*) Anmerkung der Schriftleitung: Eine Erläuterung dieser Bekanntmachung aus der Feder des Herrn Regierungsrats Dr. Sonderhoff bringen wir im nächsten Hefte.

§ 6.

Beiträge, welche für die nach § 1 anrechnungsfähigen Militärdienstzeiten zur fortgesetzten Selbstversicherung oder zur Weiterversicherung geleistet worden sind, werden dem Versicherten ohne Zinsen erstattet, wenn dies bis zu dem im § 2 Abs. 1 bezeichneten Zeitpunkt beantragt wird. Bei Streitigkeiten gelten die §§ 1459, 1462, 1463 RVO. entsprechend.

Wird auf die Erstattung verzichtet oder die Antragsfrist nicht wahrgenommen, so bleibt § 1 für die durch Beiträge belegten Zeiten außer Anwendung, sofern dies für den Versicherten günstiger ist.

§ 7.

Die Vorschrift des § 1420 Satz 2 RVO. steht den Versicherten in den Fällen der §§ 2, 3 nicht entgegen, wenn der Umtausch der Quittungskarte bis zu dem im § 2 Abs. 1 angegebenen Zeitpunkt nachgeholt wird.

§ 8.

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft.

Soweit ihre Vorschriften hiernach anzuwenden sind, bildet ihre Nichtanwendung auch dann einen Revisionsgrund (§ 1697 RVO.), wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte.

Soweit vor ihrem Inkrafttreten Ansprüche rechtskräftig abgewiesen worden sind, während sie nach Maßgabe der Vorschriften dieser Verordnung begründet sein würden, bildet die Nichtanwendung dieser Vorschriften einen Grund zur Wiederaufnahme des Verfahrens im Sinne der §§ 1722 ff. RVO.

Berlin, den 23. Dezember 1915.

Der Stellvertreter des Reichskanzlers
Delbrück.

Teilung der Invalidenrente unter mehreren ersatzberechtigten Armenverbänden.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. Sept. 1915 (2118 Amtl. Nachr. 1915 S. 773).

Zunächst war dem Oberversicherungsamte darin beizutreten, daß ein besonderer Ersatzanspruch auf die Kinderzuschüsse der Invalidenrente nicht zugelassen werden kann. Denn der Kinderzuschuß nach § 1291 RVO. stellt, wie das Reichsversicherungsamt wiederholt und insbesondere in der Revisionsentscheidung 1650 (Amtl. Nachr. 1912 S. 1183) hervorgehoben hat, nicht etwa eine besondere Art von Rente, sondern lediglich eine Erhöhung der Invalidenrente dar. Er ist also nur ein Bestandteil von ihr und teilt in allem ihr Schicksal. Dem Ortsarmenverbande B. steht aber ein Ersatzanspruch auf die Invalidenrente des Arbeiters W. selbst zu. Das Reichsversicherungsamt hat bereits in der Revisionsentsch. 2076 (Amtl. Nachr. 1915 S. 643) eingehend dargelegt, daß für die Frage, wer als „hilfsbedürftig" und als „unterstützt" im Sinne des § 1531 zu gelten habe, die armenrechtlichen Gesichtspunkte maßgebend seien, und daß bei der Auslegung des § 1531 auch der Grundsatz der sogenannten armenrechtlichen Familieneinheit anzuwenden sei. Die Bedeutung der armenrechtlichen Familieneinheit ist die, daß derjenige, der einem von ihm abhängigen hilfsbedürftigen Familienmitgliede nicht den notwendigen Unterhalt zu geben vermag, selbst hilfsbedürftig ist, und daß die einem solchen Familienmitgliede gewährte öffentliche Unterstützung die rechtliche Wirkung einer eigenen — mittelbaren — Unterstützung des Familienhauptes hat. Das Reichsversicherungsamt hat in jener Entscheidung weiter ausgeführt, daß und warum in einem solchen Falle ausschließlich das mittelbar unterstützte Familienhaupt, nicht etwa auch das tatsächlich unterstützte abhängige Familienmitglied als „hilfsbedürftig" und „unterstützt" im Sinne des § 1531 anzusehen sei. Der Einwand der Landesversicherungsanstalt, daß vorliegend der Grundsatz der armenrechtlichen Familieneinheit deshalb nicht Anwendung finden könne, weil das Familienhaupt wegen Geisteskrankheit dauernd in einer Anstalt untergebracht sei, ist hinfällig. Maßgebend ist hierbei nicht der Umstand, daß die elterliche Gewalt jetzt von der Ehefrau ausgeübt wird, sondern die Frage, wem die gesetzliche Unterhaltspflicht obliegt. Denn nach dem Grundsatz der armenrechtlichen Familieneinheit gilt das Familienhaupt in der Unterstützung seiner Familienangehörigen gerade deshalb als selbst unterstützt, weil es in erster Linie zur Unterhaltung seiner Familie gesetzlich verpflichtet ist. An der gesetzlichen Unterhaltspflicht ändert aber der Eintritt der Geisteskrankheit nichts. Hiernach hat also der Ortsarmenverband B. mit den Zuwendungen an die Familie des Versicherten lediglich diesen selbst unterstützt. Folglich hat er auch für die Zeit der Unterstützung einen Ersatzanspruch auf die Invalidenrente nach §§ 1531, 1536, der sich nach § 1506 Abs. 1 auf den halben Betrag der Rente beschränkt. Wenn die Landesversicherungsanstalt annimmt, daß dieser Ersatzanspruch gegenüber dem Ersatzanspruche des Kreises deshalb zurücktreten müsse, weil dem Anspruch des den Versicherten selbst unterstützenden Armenverbandes der Vorrang gebühre vor dem Anspruch des Armenverbandes, der nur die Familie unterstütze, so trifft dies nicht zu. Wie bereits ausgeführt, gilt auch die Unterstützung der armenrechtlich unselbständigen Familie lediglich als Unterstützung des Versicherten, so daß dieser von zwei Armenverbänden gleichzeitig unterstützt ist. Ob die frühere An-

meldung dann ein Vorrecht gewährt, wenn der erste Armenverband auf Grund seiner Anmeldung bereits befriedigt war, bevor der Ersatzanspruch des anderen Armenverbandes angemeldet wurde, kann hier unerörtert bleiben. Jedenfalls ist die frühere Anmeldung dann ohne Einfluß, wenn — wie hier — beide Ersatzansprüche angemeldet sind, bevor die Rentenüberweisung erfolgt und der sich hieran anschließende Ersatzstreit entschieden ist (zu vgl. Begr. S. 454 sowie Lehmann, Anm. 7 zu § 1507, Anm. 9 zu § 1508). Die Ersatzansprüche des Kreises und des Ortsarmenverbandes B. sind also gleichberechtigt. Treffen aber mehrere gleichberechtigte Ersatzansprüche von Armenverbänden auf die gleiche Versicherungsleistung zusammen, so ist diese unter entsprechender Kürzung der Ansprüche nach dem Verhältnis der Höhe der Aufwendungen zu teilen. Haben zwei Armenverbände je einen selbständigen Anspruch auf den halben Betrag der Invalidenrente, so begrenzt sich der Umfang jedes einzelnen Ersatzanspruchs auf den in der angegebenen Weise berechneten Teil der halben Rente, während die andere Hälfte für den Versicherten frei bleibt. Diese Ansicht wurde schon unter dem früheren Rechte, dessen Bestimmungen im übrigen von dem Rechte der Reichsversicherungsordnung in wesentlichen Punkten abwichen, überwiegend vertreten (zu vgl. die bei Lehmann, Anm. 7 letzter Absatz zu § 1507 angeführte Literatur). Für die Reichsversicherungsordnung ist sie in der Begründung zum Entwurfe S. 451, 452 für die Teilung der in den §§ 1506, 1507 der Reichsversicherungsordnung in erster Linie in Betracht kommenden Unfallrente besonders zum Ausdruck gebracht. Dort heißt es, solche Ansprüche fänden dann „in ihrem Umfang ihre Grenze daran, daß dem Versicherten die halbe Unfallrente für diesen sich deckenden Zeitraum frei bleiben soll. Uebersteigen die Leistungen der beiden Kassen zusammen die Grenze, so werden sie, ihre Gleichberechtigung vorausgesetzt, nach Verhältnis ihrer Höhe in ihrem Umfang auf die Höhe der halben Unfallrente beschränkt. Damit ist jeder der beiden Ersatzansprüche in seinem Umfang umgrenzt, so daß jedenfalls darüber hinaus Ersatz durch Zugriff auf bestimmte Rententeile nicht verlangt werden kann". Ebenso Lehmann, Anm. 7 zu § 1507, Anm. 6 zu § 1531, Düttmann, Anm. 18 zu § 1506, Anm. 10c zu § 1531. Anders liegt die Sache, wenn, wie hier, der eine der gleichberechtigten Ersatzansprüche den vollen Betrag der Rente nach § 1506 Abs. 2 ergreift. In diesem Falle kann eine Teilung nach dem Verhältnis der Aufwendungen nur hinsichtlich der einen Rentenhälfte stattfinden, während die zweite Hälfte dem nach § 1506 Abs. 2 ersatzberechtigten Armenverband allein zufällt. Denn hinsichtlich ihrer liegt ein Zusammentreffen mehrerer Ersatzansprüche überhaupt nicht vor, weil sich der Anspruch des zweiten Armenverbandes in seinem Umfang schon ohne weiteres auf den halben Rentenbetrag beschränkt. Allerdings muß sich der erste Armenverband bei der Teilung dieses halben Rentenbetrags auf seine Aufwendungen die halbe Rente anrechnen lassen, die ihm bereits vorweg zugefallen ist. Denn könnte er bei der verhältnismäßigen Teilung der einen Hälfte seine Aufwendungen voll in Ansatz bringen, so würde das Verhältnis zu Ungunsten des anderen Armenverbandes verschoben. Wendet man diese Grundsätze auf die vorliegende Streitsache an, so hat der Kreis zunächst den halben Betrag der Invalidenrente ungeteilt zu beanspruchen. Die andere Hälfte ist für die Zeit des Zusammentreffens der Ersatzansprüche zwischen ihm und dem Ortsarmenverbande B. im Verhältnis der um die bereits erhaltene Rentenhälfte gekürzten Aufwendungen des Kreises zu dem vollen Betrage der Aufwendungen des Ortsarmenverbandes zu teilen. In dieser Teilung finden beide Ersatzansprüche die Begrenzung ihres Umfanges.

Wegen unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechtes war daher die Vorentscheidung aufzuheben. Zugleich war die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen. Dieses wird nunmehr noch den Betrag der Aufwendungen der beiden Armenverbände zahlenmäßig festzustellen und hierauf die Teilung der Rente nach den oben dargelegten rechtlichen Gesichtspunkten vorzunehmen haben.

F. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Abkürzung der Wartezeit in der Angestelltenversicherung.

Vom 9. Dezember 1915 (RGBl. S. 815).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

Die im § 395 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bestimmte Frist, innerhalb welcher eine Abkürzung der Wartezeit zum Bezuge der Leistungen dieses Gesetzes gestattet werden kann, wird für alle Personen, die vor dem 1. Januar 1916 zu den Angestellten im Sinne des § 395 gehören, bis zum Schlusse desjenigen Kalenderjahrs verlängert, welches auf das Jahr folgt, in welchem der Krieg beendet ist.

Sprechsaal.

Reichswochenhilfe für Frauen von Seefahrern.

Nach der Bekanntmachung des Bundesrates vom 28. Januar 1915 haben während der weiteren Dauer des gegenwärtigen Krieges auch Wöchnerinnen Anspruch, deren Ehemänner 1. zu der gegen Entgelt beschäftigten, aber nach § 165 Abs. 1 Nr. 7 RVO. nicht gegen Krankheit versicherten Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge gehören oder bis zum Tage des Kriegsausbruches gehört haben, 2. als regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst an Entgelt nicht mehr als zweitausendfünfhundert Mark beziehen und 3. der Voraussetzung des § 1 Nr. 1 der bezeichneten Bekanntmachung entsprechen.

§ 1 Nr. 1 der bezeichneten Bekanntmachung besagt, daß die Reichswochenhilfe nur dann zu zahlen ist, wenn die Ehemänner in diesem Kriege Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste dem Reiche leisten oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert sind. Nun sind wiederholt Zweifelsfragen darüber entstanden, ob die Wöchnerinnen, deren Ehemänner sich im Auslande in Gefangenschaft befinden, auch Anspruch haben. Nach dem Ergebnis einer zwischen dem zuständigen Referenten des Reichsamts des Innern und dem Vorstande der Seeberufsgenossenschaft stattgefundenen Besprechung vertritt die Reichsregierung den Standpunkt, daß alle Wöchnerinnen, deren Ehemänner nach Ausbruch des Krieges von feindlichen Staaten von deutschen Schiffen heruntergeholt und gefangen genommen worden sind, Anspruch auf Wochenhilfe haben, wenn die Ehemänner noch im wehrpflichtigen Alter stehen. Dagegen sollen alle diejenigen Wöchnerinnen keinen Anspruch auf Wochenhilfe besitzen, deren Ehemänner sich auf einem in neutralen Hafen liegenden Fahrzeug befinden und wegen der Gefahr der Gefangennahme sich nicht zum Kriegsdienst stellen können. Das Reichsamt des Innern geht hierbei von der Auffassung aus, daß diese Personen sich noch in festem Vertragsverhältnis zu ihren Reedereien und infolgedessen imstande befinden, von den ihnen zustehenden Heuern die Kosten der Wochenhilfe selbst zu bestreiten.

Die letzte Bestimmung, die zu gewissen Härten geführt hat, ist, nachdem mehrere Kassen sich mit der Seeberufsgenossenschaft in Verbindung gesetzt haben, dahin gemildert worden, daß auch die Ehefrauen, deren Ehemänner im neutralen Ausland zurückgehalten werden, die Reichswochenhilfe erhalten sollten. Damit die Berufsgenossenschaft aber keinen Schaden hat, wird in derartigen Fällen die Einwilligung zur Auszahlung nur dann gegeben, wenn das zuständige Versicherungsamt die Sache nicht beanstandet.

Der Antrag auf Auszahlung der Reichswochenhilfe ist bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu stellen, wo die Wöchnerin ihren Wohnsitz hat. Diese gibt den Antrag unverzüglich an die Seeberufsgenossenschaft weiter, die dann die Ortskrankenkasse, wenn der Antrag angenommen wird, mit der Auszahlung beauftragt.

F. Ohsiek, Geschäftsführer
der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Lehe.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Krankenversicherung der unständig Beschäftigten.

Im Anschluß an das Ergebnis einer Rundfrage, das in den „Mitteilungen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages" 1915 S. 144 ff. abgedruckt ist, veröffentlicht Magistratssyndikus Helms im Preuß. Verwaltungs-Blatt (36 S. 777 ff.) Erörterungen, aus denen wir die folgenden Ausführungen entnehmen, die besonders wegen der oft recht zweifelhaften Beschäftigungsverhältnisse der Privatstundenlehrer, Näherinnen, Wäscherinnen, Plätterinnen usw. interessieren:

Die Höhe des Beitragsanteils des Gemeindeverbandes hängt wesentlich davon ab, ob der Kreis der unständig Beschäftigten weiter oder enger gezogen wird. Es handelt sich hier einerseits um die häufig zwar rechtlich auf den einzelnen Tag oder den einzelnen Fall beschränkten, tatsächlich aber immer wieder erneuerten und so oft eine erhebliche Stetigkeit zeigenden Beschäftigungsverhältnisse, wie sie besonders bei Hafen- und Transportarbeitern vorkommen (vgl. z. B. den Beschluß des Versicherungsamtes Hamburg, Arb.-Vers. 1914 S. 330 über Hafenarbeiter „in festen Gängen"); dieses Problem ist nicht neu, es hat immer, auch schon früher, der Praxis reichlich zu schaffen gemacht bei der Frage, ob nach dem KVG., das ja die Unständigen nicht in die Versicherung einbezog, Versicherungspflicht wegen ständiger Beschäftigung vorlag; so unsicher auch die — wesentlich tatsächliche — Beurteilung im Einzelfall sein mag, in den Fällen, in denen man die ständige Beschäftigung bejaht, bietet das Beschäftigungsverhältnis regelmäßig auch eine geeignete Grundlage, um die Versicherungspflicht in der Regelform daran anzuknüpfen. Gerade das ist nun aber nicht der Fall bei denjenigen Beschäftigungsverhältnissen, bei denen die Frage, ob ständig oder unständig, jetzt brennend geworden ist, seitdem die RVO. auch die nichtgewerbliche Beschäftigung in die Krankenversicherung einbezogen hat. Es handelt sich um die Beschäftigungsverhältnisse der Waschfrauen, Näherinnen und Plätterinnen mit „festen Stellen", an denen sie an einem im voraus bestimmten Wochentage, in der Regel mit mehreren Wochen Zwischenraum, tätig sind, und zwar vielfach ohne daß sie für den einzelnen Tag besonders bestellt zu werden brauchen. Wenigstens dann, wenn auch diese letzte Voraussetzung gegeben ist oder die Bestellung doch nur die Erinnerung an eine bereits bestehende Verpflichtung, nicht einen neuen Arbeitsauftrag bedeutet, wird man wohl nicht umhin können, ein fortlaufendes

Beschäftigungsverhältnis, wenn auch von beschränktem Umfang, anzunehmen, das oft genug über Monate und Jahre sich hinzieht; die Beschäftigung ist daher nicht „auf weniger als eine Woche" (§ 441 RVO.) beschränkt. Anderseits, wie wenig geeignet ist ein solches Beschäftigungsverhältnis für die regelmäßige Versicherung! Wenn nur solche festen Stellen in Frage kommen, so haften alle beteiligten Arbeitgeber für den ganzen Beitrag (§ 396 Abs. 1); allerdings beseitigt ja die Verteilung des Beitrags durch das Versicherungsamt die Gesamtschuld (Grundsätzl. Entsch. des RVA., Nr. 1975, Amtl. Nachr. 1915 S. 379), führt dann aber, bei vielleicht 10 bis 20 beteiligten Arbeitgebern, leicht zu Pfennigbeträgen, bei denen sich u. U. nicht einmal mehr die erforderliche (§ 381 Abs. 1) Teilbarkeit durch 3 wahren läßt. Umgekehrt, wenn nur eine oder zwei feste Stellen in Frage kommen, daneben aber regelrechte unständige Beschäftigung (Bestellung von Fall zu Fall), so führt der subsidiäre Charakter der Sonderversicherung nach §§ 441 ff., wie er sich aus §§ 443, 444 Abs. 2, 447 Abs. 1 RVO. ergibt (vgl. Seelmann, Arbeiterversorgung 1914 S. 304), dazu, nur die festen Stellen für die Versicherung in Betracht zu ziehen, ihr mithin nur einen kleinen Teil der Arbeitstage und des Arbeitslohnes zugrunde zu legen, der dann mit dem Beitrag unverhältnismäßig belastet wird. Während nun das Oberversicherungsamt Breslau in seiner Entscheidung vom 15. Juni 1914 (Sp. 151 der „Mitteilungen") sich auf den Boden der theoretischen Konsequenz gestellt und eine Waschfrau in fester Stelle für ständig beschäftigt erklärt hat, trägt das OVA. Leipzig in der Entscheidung vom 8. Dezember 1914 („Mitteilungen" Sp. 152) den praktischen Schwierigkeiten dadurch Rechnung, daß es ein Arbeitsverhältnis nur dann als ständig anerkennt, wenn die Arbeitsleistung mindestens einen vollen Tag in jeder Woche in Anspruch nimmt, und weiter eine Person, die darnach teils ständig, teils unständig beschäftigt ist, nur dann für die Versicherung als ständig beschäftigt behandeln will, wenn sie bei ein und demselben Arbeitgeber mindestens zwei volle Arbeitstage in der Woche beschäftigt war. Diese Abgrenzung mag gewiß ganz zweckmäßig sein, eine gesetzliche Grundlage wird man für sie aber vergebens suchen; insofern greift die Leipziger Entscheidung wohl aus dem Gebiet der Rechtsprechung in das der Gesetzgebung über. Bedauerlich bleibt es übrigens, daß keins der beiden Oberversicherungsämter Anlaß genommen hat, die Sache gemäß § 1799 RVO. dem Reichsversicherungsamt vorzulegen. Statt zweier einander widersprechender Entscheidungen und einer von Ort zu Ort verschiedenen Praxis hätte man dann wenigstens eine einheitliche Lösung gehabt, an die sich die Praxis hätte halten können. Streng genommen dürfte allerdings eine Ergänzung des Gesetzes nötig sein, um befriedigende Zustände für diese Fälle zu schaffen, wobei dann die Leipziger Regelung immerhin beachtlich erscheint.

Uebrigens sei hier darauf hingewiesen, daß die erörterten Fälle der Wasch-, Näh- und Plättfrauen noch gar nicht die extremsten dieser Art sind. Noch viel schärfer würden vielmehr die Schwierigkeiten hervortreten bei den Privatlehrern, die „aus dem Stundengeben bei wechselnden Auftraggebern ein Gewerbe machen", — wenn ihre Krankenversicherung wirklich durchgeführt wäre! Hier ist es ja regelmäßig ganz klar, daß ein fortlaufendes, nicht auf die einzelne Stunde beschränktes Beschäftigungsverhältnis vorliegt, das aber oft genug nur eine oder wenige Stunden in der Woche umfaßt. Sieht man das folgerichtig als ständige Beschäftigung an, so müssen also sämtliche 20 Schüler (bzw. deren gesetzliche Vertreter) einer Musiklehrerin diese zur Kasse an- und abmelden und — nach erfolgter Verteilung — ihren Bruchteil von den Beiträgen zahlen, von dem sie dann der Lehrerin wieder $^2/_3$ kürzen dürfen. Läßt man aber umgekehrt, um diesen praktischen Schwierigkeiten zu entgehen, alle diese Beschäftigungsverhältnisse als unständig gelten, so ist das Ergebnis, daß der Gemeindeverband den Arbeitgeberanteil für diejenigen Einwohner zahlen muß, die es sich leisten können, Privatunterricht zu nehmen; auch das befriedigt wenig. Am besten wäre es wohl, man ließe für die Privatlehrer Ersatzkassen zu, bei denen sie ihrer Krankenversicherungspflicht in einer mit der Eigenart ihrer Tätigkeit besser verträglichen Weise genügen können*), wie das für die Angestelltenversicherung durch das Gesetz vom 22. Juli 1913 und den Bundesratsbeschluß vom 18. August 1913 geschehen ist; ich habe das schon früher bei Gelegenheit einer Erörterung der Stellung der Privatlehrer in der deutschen Sozialversicherung vorgeschlagen (Soziale Praxis XXIII (1914) Sp. 1122 ff.). Zurzeit dürfte § 165 Nr. 5, soweit er Privatlehrer in dem hier erörterten Sinne betrifft, in weitem Umfang noch nicht zur praktischen Geltung gelangt sein.

Hinterbliebenenunterstützung für außereheliche Kinder.

Eine Petition wegen Einbeziehung der außerehelichen Kinder in die Hinterbliebenenfürsorge hat der „Bund für Mutterschutz", Ortsgruppe Berlin, erneut an Reichstag und Bundestag gerichtet. Seine Bitte vom 3. August 1914: die Kriegsunterstützung auf die unehelichen Kinder auszudehnen, hat bekanntlich Erfüllung gefunden. Es ist danach nur folgerichtig, die Unterstützung nunmehr auch auf die hinterbliebenen außerehelichen Kinder auszudehnen. Sowohl in der „Freien Kommission" vom 1. Dezember 1914 wie nach dem „Amtlichen Bericht" vom 18. März 1915 über die Verhandlungen der Budgetkommission vom 17. März wurde bereits die Zusage gegeben, daß die außerehelichen Kinder in bezug auf die Hinterbliebenenversicherung „später im Gesetz berücksichtigt werden sollen". Es wäre dringend zu wünschen, daß diese Zusage jetzt erfüllt würde.

Kein Anspruch des Kriegsteilnehmers aus § 214 RVO., wenn er im Auslande verwundet oder sonst erkrankt ist.

Daß § 214 RVO. auch zugunsten der Kriegsteilnehmer gilt, hat das Reichsversicherungsamt bekanntlich in der Entsch. 2071 (Amtl. Nachr. 1915 S. 635, Arb.-Vers. 1915 S. 661) ausgesprochen. Streitig war noch geblieben, ob der Anspruch gemäß § 214 Abs. 3 dann wegfällt, wenn der Kriegsteilnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalls sich im Ausland aufhält. Wir haben die Bejahung der Frage nach Lage des Gesetzes für geboten erachtet (Arb.-Vers. 1915 S. 11 und S. 503 Ziff. 11). In diesem Sinne hat jetzt auch der Große Senat des

*) Der Beitritt zu den bestehenden Ersatzkassen ist ihnen durch § 503 RVO. verwehrt.

Reichsversicherungsamts am 11. Dezember 1915 entschieden, indem er etwa ausführte: Nach Lage des Gesetzes fehle eine gesetzliche Handhabe, um den außerhalb der Reichsgrenzen verwundeten oder sonst erkrankten Kriegsteilnehmern oder ihren Hinterbliebenen die Ansprüche aus § 214 zuzubilligen. Die unerwünschte Verschiedenheit in der Behandlung der Kriegsteilnehmer und ihrer Hinterbliebenen, die sich aus dieser Rechtslage ergebe, könne nicht im Wege der Rechtsprechung, sondern nur durch die Gesetzgebung ausgeglichen werden.

Wir behalten uns vor, die Entscheidung, sobald sie uns im Wortlaute vorliegen wird, ausführlich mitzuteilen.

Kapitalisierung von Kriegsrenten.

Nach Zeitungsberichten wird — vielleicht noch während der Januartagung, sonst jedenfalls in der folgenden Frühjahrstagung — dem Reichstag eine Vorlage zugehen, durch die ermöglicht werden soll, daß an Stelle der Kriegsbeschädigtenrente eine einmalige Abfindung durch ein Kapital gewährt wird. Eine ähnliche Kapitalabfindung kennt unser Mannschaftsversorgungsgesetz bereits, indem Kapitulanten für den Verzicht auf den Zivilversorgungsschein und die Zivilversorgungsrente eine einmalige Abfindung von 1500 M. gewährt werden kann. Das Prinzip einer Kapitalisierung der Rentenversorgung ist also unserem Versorgungswesen nicht fremd. Selbstverständlich aber kann es sich im Interesse der Kriegsbeschädigten nicht darum handeln, ganz allgemein an Stelle des Rentenbezuges eine Kapitalabfindung einzuführen. Denn zweifellos würden Kriegsbeschädigte in großer Zahl von dieser Möglichkeit Gebrauch machen und die erhaltene Kapitalsabfindung zur Begründung irgend eines geschäftlichen Unternehmens verwenden. Wenn dann aber ein solches Unternehmen fehlschlägt, dann ist die mit der Kapitalsabfindung erstrebte Sicherstellung des Lebensunterhaltes nicht erreicht, und der Kriegsbeschädigte ist unter Umständen der Not preisgegeben. Die geplante Kapitalisierung des Rentenanspruches wird infolgedessen beschränkt werden auf den Erwerb einer Heimstätte, wie sie jetzt von Siedlungsgesellschaften und Landwirtschaftskammern für Kriegsbeschädigte eingerichtet werden. Dem Vernehmen nach wird aber nicht der volle Rentenanspruch, sondern nur ein Teil kapitalisiert werden.

Verhandlungen des Landtags über die Rechtsverhältnisse der Kassenangestellten in Bayern.

Nach der Verordnung vom 18. August 1915 können jetzt auch in Bayern den Kassenbeamten nach § 359 Abs. 4 RVO. die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten übertragen werden (Arb.-Vers. 1915 Heft 27 S. 637). Auf die hierdurch geschaffenen Rechtsverhältnisse wurde im bayer. Landtage aus Anlaß zweier Petitionen zu Art. 229 des Gemeindebeamtengesetzes verhandelt. Eine dieser Petitionen war vom Landesverbande bayer. Ortskrankenkassen r. d. Rh. ausgegangen. Der Berichterstatter Frank (Dillingen) bemerkte hierzu: Ich darf vielleicht gleich zu diesen beiden Petitionen Stellung nehmen. Einschlägig sind die §§ 354 Abs. 6, 359 und 360 RVO. Nach meinem Dafürhalten hat auf die §§ 359 und 360 die Landesgesetzgebung keinen Einfluß. Bei § 360 kann nur die Landesregierung eingreifen und bei 359 Abs. 2 nur das Oberversicherungsamt. Nun können nach Art. 229 alle Angestellten der Krankenkassen, denen diese die Rechte und die Versorgungseinrichtungen nach dem Gemeindebeamtengesetze einräumen, dem Versorgungsverbande freiwillig beitreten. Aber den Petitionen der beiden Eingaben kann nach meinem Dafürhalten auf gesetzgeberischem Wege in Bayern nicht Rechnung getragen werden. Wir können sie der Regierung zur Würdigung hinübergeben. Endres (Würzburg 1): Die Krankenkassen sind gegenwärtig sehr an dieser Frage interessiert, und zwar deshalb, weil in der letzten Zeit eine Reihe von Krankenkassen sich damit beschäftigt hat, für ihre Angestellten Ruhegehaltsordnungen zu schaffen. Nun ist den Herren, die bereits mit Krankenkassen zu tun hatten, bekannt, daß das Ministerium des Innern als oberste Verwaltungsbehörde in dieser Sache in Bayern die Anregung hinausgegeben hat, möglichst mit der Schaffung von Ruhegehaltsordnungen zurückzuhalten. In dieser Entschließung sind Gründe enthalten, die von jenen Leuten, die damit zu tun haben, keineswegs als stichhaltig bezeichnet werden können. Die Direktiven, die hinausgegeben wurden, waren natürlich maßgebend für die Entscheidungen der Spruchbehörden, der Oberversicherungsämter. Diese stellen sich auf den Standpunkt, daß nur für einen Teil der Beamten, und zwar jenen Teil, der eine besondere Stelle inne hat, der eine gewisse Verantwortung trägt, den in gewissem Grade eine bevorzugte Stellung einnimmt, eine Ruhegehaltsordnung geschaffen werden dürfte. Tatsächlich ist es in Würzburg vorgekommen, daß eine Ruhegehaltsordnung, die für sämtliche etatmäßige Beamte beschlossen war, vom Oberversicherungsamte nicht genehmigt und eine solche nur in Aussicht gestellt wurde für die drei oberen Klassen der Beamten. Eine Beschwerde gegen diese Entscheidung wurde vom Landesversicherungsamt abgewiesen... Die Kassen wissen nun nicht, wie sie sich dazu stellen sollen. Von den verschiedensten Seiten wird die Anregung gegeben, die Beamten zu versorgen. Die Königliche Verordnung, die in der Zwischenzeit erschienen ist, stellt zunächst den Vollzug des § 359 Abs. IV dar, wonach solche Beamte der Kassen, die Anrecht auf Ruhegehalt haben, als Gemeindebeamte ernannt werden können. Das Ministerium des Innern hat im Vollzuge wieder dieser Verordnung eine Entschließung hinausgegeben desselben Datums. (Redner verliest die Entschließung.) Hier kommt etwas mit in Betracht, was für die Kassen nicht einerlei ist. Durch die Reichsversicherungsordnung ist das Selbstverwaltungsrecht bis zu einem gewissen Grade garantiert. Diese Königliche Verordnung aber ermöglicht nicht für die Zukunft mehr, daß die Vorstände nach freiem Ermessen eine Disziplinierung ihrer Beamten selbst vornehmen können. Kassenbeamte haben anderseits aber wieder ein großes Interesse daran, eine Versorgung zu erhalten. Nun geht ein Wunsch der Kassenangestellten, teilweise auch der Kassenvorstände, dahin, es möge irgend eine Bestimmung im Gemeindebeamtengesetz aufgenommen werden, wonach es als Pflicht anzusehen ist, daß die Kassenbeamten dem Versorgungsverbande beizutreten haben, ohne daß damit Beamtenrechte verbunden sind. Nach Art. 229 ist es ihnen freigestellt. Die Kassenvorstände haben den Antrag zu stellen, daß ihre Beamten dem Versorgungsverbande beitreten. Wir enthalten

uns selbstverständlich eines Antrages nach der Richtung hin, weil wir uns nicht als zuständig erklären können; denn hierüber entscheiden die Vorstände der Kassen und die Korporationen der Kassenangestellten. Man hat gewisse Gegensätze zu verzeichnen. Die Kassenvorstände wollen sich nicht das Selbstverwaltungsrecht aus der Hand nehmen lassen und sind wesentlich interessiert dabei, daß ihre Beamten nicht Gemeindebeamte werden. Anderseits gibt es Kassenangestellte, die ein Interesse daran haben können, Gemeindebeamte zu werden. In diesen Streit wollen wir uns nicht einlassen. Was wir wissen wollen, ist, wie sich die Staatsregierung zu dem Vollzuge des § 360 RVO. stellt. § 354 RVO. sieht in seinem letzten Absatze vor, daß eine religiöse oder politische Betätigung außerhalb der Dienstgeschäfte und die Ausübung des Vereinigungsrechts, soweit sie nicht gegen die Gesetze verstoßen, nicht gehindert werden dürfen und an sich nicht als Gründe zur Kündigung oder Entlassung gelten. § 359 Abs. 1 besagt, daß mit Genehmigung des Oberversicherungsamts Kassenbeamte auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt werden können. Für Orts-, Land- und Innungskrankenkassen, sagt Abs. 2 des § 359, mit mehr als 10 000 Versicherten kann das Oberversicherungsamt nach Anhören des Kassenvorstandes anordnen, daß mindestens die Geschäftsleiter in dieser Weise angestellt werden. Abs. 4 dieses § 359 besagt, daß die Landesregierung solchen auf Ruhegehalt angestellten Beamten die Rechte und Pflichten von Gemeindebeamten oder Staatsbeamten übertragen kann. Eine solche Königliche Verordnung liegt nun vor uns, sie ist tatsächlich praktisch schon in Vollzug gesetzt. Meines Wissens sind beide Verwaltungsdirektoren der Ortskrankenkasse München bereits als Gemeindebeamte ernannt. Damit ist das schon eingetreten, was man befürchtet hatte. Ich bemerke, daß Sachsen die Verhältnisse der Kassenangestellten anders regelt mit Zustimmung der Regierung, und zwar wird für die Kassenangestellten ein eigener Versorgungsverband errichtet. Die Staatsregierung unterstützt dieses Unternehmen und erreicht damit, daß die Kassenverwaltungen für sich in Anspruch nehmen können, eine Versorgung ihrer Angestellten zu erlangen, ohne daß ihnen eigentliche Beamtenrechte verliehen sind. § 360 ermöglicht nun, daß dort, wo nach Landesgesetz auch die nicht auf Lebenszeit oder unwiderruflich angestellten Beamten der Gemeinden und anderer öffentlicher Körperschaften verpflichtet sind, einer staatlich überwachten Pensionskasse oder ähnlichen Einrichtung beizutreten, die Landesregierung, die zu diesem Zwecke für die Körperschaften und ihre Angestellten geltenden Vorschriften auf Orts-, Land- und Innungskrankenkassen und deren Angestellte ausdehnen kann. Mit anderen Worten, der Vollzug des § 360 in Bayern würde bedeuten, daß die Kassenangestellten zu gleicher Zeit Pflichtmitglieder des Versorgungsverbandes der Gemeindebeamten sind. Wir sind also dazu veranlaßt, die Frage an die Staatsregierung zu stellen, wie sie sich die Regelung im allgemeinen denkt und wie sie den in den Petitionen festgelegten Wunsch des Ortskrankenkassenverbandes und eines Angestelltenverbandes in Bezug auf den Vollzug des 360 auffaßt.

Ministerialdirektor von Henle: Mit dem Gemeindebeamtengesetze haben die Fragen, die der Herr Vorredner angeregt hat, wenig Zusammenhang und ich bedaure auch, persönlich außerstande zu sein, ihm in allen Einzelheiten zu folgen. Er hat nicht die Güte gehabt, mich vorher zu verständigen, daß er diese Dinge zur Sprache bringen werde. Wenn ich das gewußt hätte, würde ich mich entweder im einzelnen selbst unterrichtet haben oder ich hätte den zuständigen Herrn Referenten gebeten, mit hierher zu kommen. Sie werden mir das nicht verübeln. Denn ich bin, wie Sie wissen, die letzten neun Monate außer Landes gewesen. Aus der Zeit vorher weiß ich, daß das Ministerium in diesen Fragen eine etwas hinhaltende Stellung einnahm. Dies geschah aus dem einfachen Grunde, weil wir nicht wußten, ob und wann das Gemeindebeamtengesetz Aussicht hat, ins Leben zu treten. Im übrigen kann ich sagen, daß der § 360 RVO. — das wird den Herrn Vorredner am meisten interessieren — auf unseren Versorgungsverband kaum Anwendung finden kann. Denn der § 360 spricht von Verbänden der Beamten; hier haben wir es aber nicht mit einem Verbande von Beamten zu tun, sondern mit einem Verbande von Gemeinden. Was im Rahmen der Landes-Gesetzgebung augenblicklich geschehen kann, ist das, was Art. 229 in der Fassung der Ausschußbeschlüsse erster Lesung den Kassenbeamten bringt.

Die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden und ihrer gewerblich Beschäftigten in Hamburg.

Nachdem die Allgemeine Ortskrankenkasse in Hamburg bereits auf Grund des Notgesetzes vom 4. August 1914 beschlossen hatte, die hausgewerbliche Krankenversicherung auch während des Krieges beizubehalten, ist seitens des Hamburger Senats unterm 8. Dezember 1915 ein erweitertes neues Ortsstatut über die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden und der von den Hausgewerbtreibenden beschäftigten Personen erlassen worden. Zunächst bestimmt der § 1, daß alle Hausgewerbtreibenden, welche in dem Gebiete der Stadt Hamburg und den Landherrenschaften der Geest- und Marschlande ihre Betriebsstätte haben, auch fernerhin gegen Krankheit zu versichern sind, sofern sie für Auftraggeber tätig sind, die ihren Betriebssitz im hamburgischen Staatsgebiet oder in den angrenzenden preußischen Kreisen haben. Nicht versicherungspflichtig sind die Hausgewerbtreibenden, deren Jahreseinkommen aus ihrer eigenen Tätigkeit in ihrem Gewerbebetriebe, sei es für fremde, sei es für eigene Rechnung, im Durchschnitt der drei letzten Jahre 2500 M. übersteigt. Diese sind aber zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, sofern und solange ihr Jahreseinkommen unter Einrechnung ihres eigenen anderweitigen Einkommens 4000 M. nicht übersteigt. Der § 2 behandelt die Begriffsbestimmungen als Hausgewerbtreibende und sagt darüber: „als Hausgewerbtreibende gelten die selbständigen Gewerbtreibenden, die nicht nur vorübergehend in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbtreibender oder des Reiches, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, anderer öffentlicher Verbände oder öffentlicher Körperschaften oder von Wohltätigkeitsveranstaltungen (Auftraggebern) gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten. Sie gelten dafür auch dann, wenn sie die Roh- oder Hilfsstoffe selbst

beschaffen, sowie für die Zeit, in der sie vorübergehend ausschließlich für eigene Rechnung tätig sind. Sie gelten nicht dafür, wenn sie überwiegend für eigene Rechnung tätig sind; dies ist dann anzunehmen, wenn von ihrem Jahreseinkommen aus ihrer gewerblichen Tätigkeit durchschnittlich weniger als die Hälfte auf die Arbeit für fremde Rechnung entfällt. Als Hausgewerbtreibende gelten auch die durch Zwischenpersonen oder andere Hausgewerbtreibende beschäftigten Personen, sofern sie nicht in deren Betriebsräumen arbeiten; die sie beschäftigenden Zwischenpersonen oder Hausgewerbtreibenden gelten als ihre Auftraggeber auch dann, wenn sie selbst zu versichern oder versichert sind. Nicht als Hausgewerbtreibende gelten die von Zwischenpersonen oder Hausgewerbtreibenden in deren Betriebsräumen und Werkstätten beschäftigten Arbeiter, Gehilfen, Gesellen oder Lehrlinge (Werkstattarbeiter). Die Auftraggeber gelten als Arbeitgeber der versicherungspflichtigen Hausgewerbtreibenden im Sinne der Reichsversicherungsordnung, die Hausgewerbtreibenden als Arbeitgeber ihrer Werkstattarbeiter."

Nach dem § 3 haben die Arbeitgeber — ohne Rücksicht auf eine gleichzeitige Beschäftigung bei anderen Arbeitgebern — ihre nach § 1 zu versichernden Hausgewerbtreibenden bei der in Hamburg errichteten gemeinsamen Meldestelle binnen drei Wochen nach Beginn oder Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an- oder abzumelden. Das Beschäftigungsverhältnis gilt erst dann als gelöst, wenn zwischen der Ablieferung sämtlicher übertragenen Arbeiten und der Uebertragung neuer Arbeiten mehr als eine Woche verstrichen ist; wenn nach Erledigung eines Arbeitsauftrages aber der Auftraggeber erklärt, ihm neue Arbeiten vorerst nicht wieder übertragen zu wollen oder der Hausgewerbtreibende seinem Auftraggeber erklärt, vorerst nicht mehr für ihn arbeiten zu wollen, so gilt das Beschäftigungsverhältnis bereits mit dem Tage der Erklärung als gelöst. Die Arbeitgeber haben weiter die Werkstattarbeiter der Hausgewerbtreibenden, unter Kennzeichnung dieser ihrer Eigenschaft, nach den allgemeinen Bestimmungen ebenfalls binnen drei Tagen nach dem Beginn oder der Beendigung ihrer Beschäftigung an- bzw. abzumelden. Ueber die Kassenzuständigkeit besagt der § 4, daß Hausgewerbtreibende, die nach § 1 versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind, wenn für den Betrieb oder das Gewerbe ihres Arbeitgebers eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder eine besondere Ortskrankenkasse besteht, in diejenige Krankenkasse gehören, der die anderen von dem Arbeitgeber in seinem Betriebe oder Gewerbe in Hamburg beschäftigten Versicherungspflichtigen angehören müssen. Diejenigen Hausgewerbtreibenden, welche danach nicht einer anderen Krankenkasse zugehören, sind in der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Hamburg zu versichern. Die Werkstattarbeiter der Hausgewerbtreibenden müssen stets derjenigen Krankenkasse als Mitglieder angehören, welcher der sie beschäftigende Hausgewerbtreibende als Mitglied angehört oder im Falle seiner Versicherungspflicht angehören müßte. Sind Hausgewerbtreibende für mehrere Arbeitgeber tätig, so bestimmt sich, wenn danach verschiedene Krankenkassen zuständig sein sollten, ihre Kassenzugehörigkeit nach ihrer dem Umfange nach überwiegenden Beschäftigung.

Der durchschnittliche Tagesarbeitsverdienst der Hausgewerbtreibenden (Grundlohn) wird nach § 5 zunächst nach dem auf sie entfallenden Verdienst geschätzt, den sie bei Innehaltung der vorgeschriebenen Lieferzeiten nach Art und Umfang der ihnen von ihren Auftraggebern übertragenen Arbeiten und den festgesetzten Löhnen in den betriebsüblichen Lohnzeiten bei ihren Auftraggebern erzielen können. Sofern jedoch der durchschnittliche Tagesverdienst bei männlichen Hausgewerbtreibenden 3 M., bei weiblichen 2 M. nicht übersteigt, ist derjenige Grundlohn maßgebend, den die Satzung der zuständigen Kasse für einen Tagesverdienst von 3,01 M. bzw. 2,01 M. festsetzt.

Die Mitgliedschaft der versicherungspflichtigen Hausgewerbtreibenden beginnt nach § 6 mit dem Tage des Eintritts in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis für einen Auftraggeber und erlischt unter den im § 3 gegebenen Voraussetzungen. Arbeitet ein bisher versicherungspflichtiger Hausgewerbtreibender vorübergehend nur für eigene Rechnung oder ist er vorübergehend ohne Beschäftigung, so kann er nur nach Maßgabe des § 313 RVO. freiwilliges Mitglied bleiben, jedoch mit der Einschränkung, daß der Uebertritt in eine niedrigere Lohnstufe als die Satzung für einen Tagesverdienst von 3,01 M. bzw. 2,01 M. vorsieht, nicht zulässig ist. Die Beiträge für die Hausgewerbtreibenden und ihre Werkstattarbeiter sind, falls es sich um Hausarbeiter der Zigarren-, Zigaretten- und Tabakindustrie handelt, nach § 7 zu zwei Dritteln von den Hausgewerbtreibenden und ihren Beschäftigten, zu einem Drittel von den Auftraggebern der Hausgewerbtreibenden — von mehreren Auftraggebern anteilig — zu tragen, solange sie für Rechnung von Auftraggebern beschäftigt sind; die Beiträge sind von den Hausgewerbtreibenden zu entrichten; die Auftraggeber sind verpflichtet, ihren Hausgewerbtreibenden bei der Abrechnung ein Drittel der entrichteten Beiträge zu erstatten. Für die Zeit vorübergehender Beschäftigung für eigene Rechnung hat der Hausgewerbtreibende ein Drittel der Beiträge für seine Beschäftigten selbst zu tragen. In den anderen Gewerben sind die Beiträge für ihre versicherungspflichtigen Hausgewerbtreibenden von den Auftraggebern — von mehreren Auftraggebern anteilig — zu zahlen und zur Hälfte von dem Hausgewerbtreibenden zu tragen; die Hausgewerbtreibenden müssen sich nach den allgemeinen Vorschriften ihre Beitragsteile vom Entgelt kürzen lassen; die Hausgewerbtreibenden haben die Beiträge für ihre Werkstattarbeiter als deren Arbeitgeber zu zahlen und zu einem Drittel selbst zu tragen. Die Leistungen, die den Hausgewerbtreibenden und ihren Beschäftigten zustehen, richten sich nach den allgemeinen Vorschriften der Kassensatzung.

Das neue Ortsstatut ist mit dem 1. Januar 1916 in Kraft getreten.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Verjährung des Anspruchs auf Wochenhilfe.

1. Nach Cöln. Antwort: Wir können der Ansicht des Oberversicherungsamtes nicht beipflichten. Die Verjährung wird dadurch nicht gehemmt oder unterbrochen, daß der Verpflichtete, wenngleich aus ungesetzlichem Grunde, sich weigert, den Anspruch zu erfüllen. Dadurch verliert er auch nicht die Einrede der Verjährung. Vielmehr ist ja gerade der häufigste Fall des Verlustes des Anspruchs infolge Verjährung der, daß der Berechtigte es unterläßt, innerhalb der Verjährungsfrist gerichtliche Schritte gegenüber der Weigerung des Verpflichteten einzuleiten. In der Aeußerung, das Geld könne abgehoben werden, sobald der Vater genannt werde, liegt auch keine Anerkennung des von der Klägerin erhobenen Anspruchs auf Wochenhilfe. Vielmehr machte damit die Kasse einen Gegenanspruch geltend, nämlich den auf Nennung des unehelichen Vaters, brachte also zum Ausdruck, daß sie den von der Klägerin erhobenen Anspruch bis auf weiteres bestritt. Die verspätet erhobene Klage mußte also wegen Verjährung abgewiesen werden. Von einem Zwange, der die Klägerin verhindert hätte, die Klage rechtzeitig zu erheben, kann nicht die Rede sein.

Abmelde- und Beitragspflicht des Arbeitgebers erledigen sich nicht durch freiwillige Weiterversicherung.

2. Nach D. Frage: Allerdings hat das Reichsversicherungsamt angenommen, daß die Pflicht des Arbeitgebers, die Beiträge bis zur Abmeldung des Versicherungspflichtigen fortzuzahlen (§ 397 Abs. 1 RVO.), entfällt, wenn kein öffentliches Interesse an der Abmeldung mehr besteht (Entsch. 2098 Amtl. Nachr. 1915 S. 684). Es ist aber nicht richtig, daß ein solches Interesse nicht mehr besteht, wenn der bisher Versicherungspflichtige seinen Austritt aus der Beschäftigung anmeldet und sich freiwillig weiterversichert. Die Kasse hat in solchem Falle zwar keinen Grund, die ihr zu diesem Zwecke von dem Versicherten selbst angebotenen Beiträge zurückzuweisen, aber sie hat immer noch ein Interesse daran, vom Arbeitgeber zu erfahren, ob das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis tatsächlich gelöst ist; denn dies ist wichtig für die Frage, ob die Kasse beim Ausbleiben der Beitragszahlung sich noch an den Arbeitgeber halten darf und muß (§ 393) und ob bei zweimaligem Zahlungsverzuge die Mitgliedschaft erlischt oder nicht (§ 314). Daher ist nach wie vor mit dem sächs. OVG. (Reger, Entsch. 29 S. 576) anzunehmen, daß im fraglichen Falle die Beitragspflicht des Arbeitgebers fortbauert. Im vorliegenden Falle ist dies um so mehr anzunehmen, weil die Kasse den Arbeitgeber ohne Erfolg zur Abmeldung aufgefordert und hierdurch hinreichend bekundet hat, daß sie daran interessiert ist, festzustellen, ob die Mitgliedschaft des Versicherten auf Grund der Versicherungspflicht oder auf Grund der Versicherungsberechtigung fortbesteht.

Einführung von Mehrleistungen nach Ausbruch des Krieges.

3. Nach St. J. Antwort: Wir halten die Ansicht des Versicherungs- und des Oberversicherungsamts für irrig. Gemäß § 1 Abs. 1 Ges., betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (Arb.-Vers. 1914 S. 569) kann verfügt werden, daß „höhere Leistungen gewährt werden", nämlich höhere, als die Regelleistungen. Daß nur solche Mehrleistungen zugelassen werden dürften, die schon vor Ausbruch des Krieges nach der Satzung zu gewähren waren, ist nicht gesagt. Wollte man das Gesetz in diesem Sinne auslegen, was der Wortlaut nicht rechtfertigt, so wäre es z. B. unmöglich, daß eine während des Krieges errichtete Kasse Mehrleistungen einführte. Das Gesetz wollte nur, daß nach Ausbruch des Krieges eine erneute Prüfung der Leistungsfähigkeit der Kasse stattfinde, wenn höhere Leistungen, als die Regelleistungen, gewährt werden sollten.

Kein Anspruch der Kasse auf Ersatz des nach § 1511 zu gewährenden Krankengeldes.

4. Nach Bo. Frage: Ein Kassenmitglied hat einen Betriebsunfall erlitten und der Satzung entsprechend für 26 Wochen Krankenhilfe erhalten. Die Anzeige nach § 1512 RVO. an die Berufsgenossenschaft ist erfolgt. Unsere Satzung enthält eine dem § 1511 RVO. entsprechende Bestimmung. Wir sind der Ansicht, 1. daß auch nach Ablauf der ersten 13 Wochen unsere Leistungen voll weiter zu gewähren waren (§ 1501); 2. daß gegen die Berufsgenossenschaft neben unserm Anspruch auf Erstattung für Krankenpflege (§ 1503) vom Beginn der 14. Woche ab ein Anspruch auf Erstattung des Krankengeldes in Höhe der Unfallrente, allerdings nur nach Maßgabe des § 1506 Abs. 1 in Verbindung mit § 584 besteht. Dagegen kann Erstattung des auf Grund der oben erwähnten, dem § 1511 entsprechenden Satzungsbestimmung über den Betrag der Unfallrente hinaus gezahlten Betrages nicht beansprucht werden. Ist diese Ansicht richtig?

Antwort: Gemäß der dem § 1511 RVO. entsprechenden Satzungsbestimmung hat die Kasse nur den Betrag zu gewähren, um den das Krankengeld die Unfallrente übersteigt, also nicht das volle Krankengeld. Die Auffassung zu 1. ist

somit falsch. § 1511 RVO. gibt der Kasse das Recht, durch besondere Satzungsbestimmung die Gewährung von Krankengeld über die nach § 1510 zulässige Aufrechnung hinaus einzuschränken. Die Aufrechnung ist aber nur insoweit zulässig, als die Kasse einen Ersatzanspruch haben würde. Dieser wird also durch die Aufrechnung erschöpft, und über diese hinaus kann Erstattung des Krankengeldes nicht gefordert werden, also auch nicht diejenige des die Unfallrente übersteigenden Betrags, wenn nur dieser gemäß § 1510 gewährt wird.

Zum Recht der freiwilligen Weiterversicherung.

5. **Nach Eschwege.** Antwort: Das bisherige Mitglied kann sich bei ihrer Kasse freiwillig weiterversichern, auch wenn es deren Bezirk verläßt. Dieses Recht wird an sich durch die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht ausgeschlossen, sofern nur diese nicht selbst die Versicherungspflicht begründet. Das tut sie aber in dem geschilderten Falle nicht, da das Einkommen aus ihr 2500 M. jährlich übersteigt.

Kostenbeitrag der Kriegswochenhilfe und satzungsmäßiger Anspruch auf Geburtshilfe.

6. **Nach Templin.** Antwort: Die versicherte Wöchnerin darf dadurch nicht schlechter gestellt werden, daß sie Anspruch auf Kriegswochenhilfe nach § 1 Bekanntm. vom 3. Dezember 1914 hat. Stehen ihr satzungsgemäß ärztliche Geburtshilfe und Hebammendienste zu, so müssen sie ihr also von der Kasse auch insoweit gewährt werden, als sie 25 M. übersteigen. Zu beachten ist aber, daß es sich um eine Mehrleistung handeln würde, und daß die Mehrleistungen nach § 1 des Gesetzes, betreffend die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (Arb.-Vers. 1914 S. 569), regelmäßig für die Dauer des Krieges aufgehoben und nur dann zu gewähren sind, wenn das Versicherungsamt auf Antrag des Kassenvorstandes eine dahingehende Verfügung getroffen hat.

Zahnbehandlung durch einen Heildiener.

7. **Nach Strehlen.** Antwort: Wieweit auch Heilgehilfen und Heildiener die Kassenmitglieder bei Zahnkrankheiten behandeln dürfen, bestimmt nach § 123 RVO. die oberste Verwaltungsbehörde. Ob diese für Ihren Bezirk derartige Vorschriften erlassen hat, erfahren Sie auf dem Landratsamt. Sind solche Vorschriften nicht ergangen, so ist die Behandlung durch Heildiener und Heilgehilfen auch mit Zustimmung des Versicherten unzulässig.

a) Ausgleichsanspruch nach § 197 RVO. bei Kriegswochenhilfe. b) Zur Frage rückwirkender Befreiung nach § 169 RVO.

8. **Nach Bünde.** Antwort: a) Nach § 9 der Bekanntm. vom 28. Januar 1915 gibt § 197 RVO. auch für alle Leistungen der Kriegswochenhilfe. Danach bestimmt sich der Beitragsanteil der einzelnen Kassen nur durch das Verhältnis der Mitgliedszeit während des letzten Jahres vor der Niederkunft, ohne Rücksicht auf die bei den einzelnen Kassen verschiedenen Grundlagen für die Bemessung der Leistungen. Näheres bei Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 zu § 197 RVO.

b) Der Beschluß des Vorstandes, die Befreiung aus § 169 RVO. mit Rückwirkung auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt gelten zu lassen, war ungesetzlich und daher unverbindlich, auch wenn er den beteiligten Arbeitgebern mitgeteilt worden ist.

Beitreibung der Pflichtbeiträge vom Versicherten.

9. **Nach Dinslaken.** Antwort: Wenn eine Anordnung nach § 398 RVO. ergangen ist, so ist der Versicherte selbst Schuldner seiner Beitragsteile gegenüber der Kasse. Diese hat dem Versicherten gegenüber genau die gleichen Rechte, wie sonst gegenüber dem Arbeitgeber, d. h. sie kann die Beiträge nach § 28 RVO. von dem Versicherten beitreiben lassen. Fällt aber die Pfändung fruchtlos aus, so läßt sich nichts weiter tun, da der 2000 M. jährlich nicht übersteigende Arbeitslohn nicht pfändbar ist. Hier ist das Gesetz mangelhaft. Es müßte im bezeichneten Falle den Lohn soweit für pfändbar erklären, als es sich um Beiträge handelt, deren Abzug vom Lohn (außerhalb einer Anordnung aus § 398) der Versicherte sich gefallen lassen muß. — Eine Bestrafung des Versicherten wegen Nichtzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

Versicherungsberechtigung. — Ein Fehler in der Mustersatzung für allgem. Ortskrankenkassen.

10. **Nach D.** Antwort: Ihre Satzung hat einen Fehler der Mustersatzung für allgem. Ortskrankenkassen übernommen. Die Bestimmung in § 6: „Nach näherer Bestimmung des Bundesrats können auch Versicherungsfreie der im § 3 Abs.. 1 bezeichneten Art der Kasse freiwillig als Mitglieder beitreten" — gibt keinen Sinn, da der Bundesrat über die Versicherung der nach § 3 Abs. 1 (= § 169 RVO.) Befreiten nichts zu bestimmen hat. Es muß statt § 3 Abs. 1 heißen: § 2a (= 168 RVO. Diese wichtige Fassung findet sich auch in anderen Mustersatzungen und entspricht dem § 176 Abs. 2 RVO. Davon, daß nach Ihrer Satzung jede beliebige Person, die im Kassenbezirk wohnt, die Altersgrenze nicht überschritten hat und ein Gesundheitszeugnis beibringt, freiwilliges Mitglied werden könne, kann nicht die Rede sein. Die Satzung kann das Beitrittsrecht nicht auf Personen erstrecken, die nicht unter § 176 RVO. fallen.

Verjährung der Strafverfolgung wegen Unrichtigkeiten in der Anmeldung.

11. **Nach R.** Antwort: Die Anmeldung selbst ist erstattet, wenngleich sie eine unrichtige Angabe der Lohnverhältnisse enthält. Es trifft daher nicht Abs. 1, sondern Abs. 2 des § 530 RVO. zu, indem der Arbeitgeber die Vorschriften über die Meldung Versicherungspflichtiger „in anderer Weise verletzt" hat. Mit dem Tage dieser Handlung, also mit dem Tage der Anmeldung, beginnt daher die Verjährung.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1125 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. Januar 1916 | Heft 3

Die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 23. 12. 15. (RGBl. S. 845; Arb.-Vers. 1916, S. 59), erläutert von Regierungsrat Dr. Sonderhoff in Hamburg.

Die Verordnung bezweckt über den Rahmen der §§ 1281, 1393 RVO. hinaus jeden Verlust von Anwartschaften auf die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, die bei Kriegsausbruch noch nicht endgültig erloschen waren, von allen deutschen und österreichisch-ungarischen Versicherten abzuwenden, welche während des Krieges durch die Teilnahme am Kriegsdienst oder durch die Kriegswirren verhindert sind oder davon abgehalten werden können, durch rechtzeitige und ordnungsmäßige Entrichtung von Beiträgen ihre Anwartschaften zu erhalten.

Die Reichsversicherungsordnung verhütet, indem sie nach den §§ 1281, 1393 die Zeiten des Kriegsdienstes ohne Beitragsleistung als Beitragszeiten anrechnet, den Verlust der Anwartschaften nur für diejenigen Kriegsteilnehmer, die vor Eintritt in den Kriegsdienst berufsmäßig und dauernd versicherungspflichtig beschäftigt waren. Der § 1 der Verordnung soll diese Beschränkung aufheben und schreibt somit die Anrechnung der Kriegsdienstzeiten auch für diejenigen Kriegsteilnehmer vor, für welche in der letzten Zeit vor dem Eintritt in den Kriegsdienst überhaupt keine oder nur unregelmäßig Pflichtbeiträge verwendet sind. Das sind also sowohl diejenigen Versicherten, welche früher versicherungspflichtig beschäftigt waren und nur durch freiwillige Fortsetzung der Pflichtversicherung (Weiterversicherung) ihre Anrechte wahren können oder gewahrt haben, als auch diejenigen Versicherten, welche als Selbstversicherer in die Versicherung eingetreten waren und ebenfalls nur durch freiwillige Weiterentrichtung von Beitragsmarken (Fortsetzung der Selbstversicherung) ihre Anwartschaft erhalten konnten oder noch erhalten haben. Sofern diese Versicherten bis zum Eintritt in den Kriegsdienst ihre Anwartschaft aufrechterhalten hatten, ist also ein Verlust ihrer Anwartschaft während des Krieges nunmehr ausgeschlossen und eine weitere freiwillige Beitragsentrichtung ist während desselben nicht mehr erforderlich. Aber auch diejenigen Versicherten, welche während der letzten Anwartschaftsfrist keine genügenden Beiträge mehr entrichtet haben, aber bei dem Eintritt in den Kriegsdienst noch in der Lage gewesen wären, die bereits verlorene Anwartschaft durch Nachentrichtung von Beiträgen

wieder aufleben zu lassen, sollen die Möglichkeit haben, dies nach dem Kriege noch nachzuholen und zwar unter den Voraussetzungen und nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen. Im Hinblick auf diese Möglichkeit ist in § 1 daher auch bestimmt, daß die Anrechnung der Kriegsdienstzeiten nicht nur für die Versicherten erfolgt, welche ihre Anwartschaft aufrechterhalten haben, sondern daß sie auch statthaben soll, wenn die versicherten Kriegsteilnehmer ihre bereits verlorene oder gefährdete Anwartschaft auf Grund der folgenden Vorschriften haben wieder aufleben lassen. Ebenso wie für die Pflichtversicherten nach § 1393 der Reichsversicherungsordnung werden auch für diese als freiwillig Versicherte zu bezeichnenden Kriegsteilnehmer Beitragsmarken der II. Lohnklasse angerechnet. Da es ferner bei diesen Versicherten zweifelhaft sein kann, welcher Art diese angerechneten Wochenbeiträge sind, ob es sich um Beiträge auf Grund der Selbstversicherung oder der fortgesetzten Selbstversicherung oder um Beiträge der Weiterversicherung handelt, diese Frage aber bei der Berechnung der Wartezeiten, der Anwartschafts- und Beitragsentrichtungsfristen von erheblicher Bedeutung ist, so wird hier ausdrücklich noch die Art der zur Anrechnung gelangenden Beiträge nach der Art der Beiträge, die der Versicherte regelmäßig und gültig zuletzt geleistet hat, bestimmt.

Durch diese Vorschriften wird für die Erhaltung der Versicherungsanwartschaften der Kriegsteilnehmer während des Kriegsdienstes gesorgt. Es soll aber weitergehend für jeden andern Versicherten, der im Feindesland, im Kriegsgebiet oder an anderen Orten und in anderen Verhältnissen infolge der Kriegsnöte und -wirren an der Beschaffung oder Entrichtung von — regelmäßig freiwilligen — Beiträgen verhindert ist, Vorsorge getroffen werden, daß er nach Wiederkehr geordneter Verhältnisse, d. h. nach Beendigung des Krieges, seine versäumten Beiträge noch rechtsgültig nachentrichten kann. Denn die Anwartschaft auf die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung erlischt nach Maßgabe der §§ 1280 bis 1282 RVO. wenn nicht im Laufe zweijähriger Perioden mindestens 20 Beiträge, bei der Selbstversicherung und ihrer Fortsetzung 40 Beiträge entrichtet sind oder zur Anrechnung gelangen können. Nach den §§ 1442 ff. können zwar Pflichtbeiträge, wenn ihre rechtzeitige Entrichtung versäumt ist, binnen zwei bzw. vier Jahren seit der Fälligkeit der einzelnen Beiträge noch rechtswirksam nachgebracht werden. Erfolgt aber die Nachentrichtung nicht nachträglich innerhalb dieser Fristen, so können die Rechte auf die Leistungen frühestens nach 200 Beitragswochen gemäß §§ 1283 ff. wieder aufleben. Wenn der Versicherungsfall dann vor Erfüllung dieser neuen Wartezeit eintritt, so ist der Rechtsverlust endgültig.

Durch § 2 der Verordnung wird nun zur Verhinderung des Anwartschaftsverlustes in den oben erwähnten Fällen, in denen die Entrichtung von Beiträgen „infolge von Maßnahmen feindlicher Staaten" unterblieben ist, der Ablauf dieser Fristen zur Nachentrichtung der versäumten Beiträge bis zum Schlusse des Jahres, das dem letzten Kriegsjahr folgt, hinausgeschoben. Es tritt also eine „Hemmung" in dem Lauf dieser Fristen während des Krieges bis zum Ende des folgenden Friedensjahres ein. Diese Fristverlängerung kommt auch denen zugute, die bereits vor Eintritt der Behinderung durch Kriegsgewalt mit ihrer Beitragsleistung im Rückstande waren und für welche die gesetzlichen Nachentrichtungsfristen noch liefen, als der Hinderungsgrund eintrat.

Diese Vorschrift hat praktische Bedeutung hauptsächlich für Zivilgefangene und im Ausland zurückgehaltene Zivilpersonen, die an der weiteren freiwilligen Beitragsleistung gehindert sind und schon nach zwei Jahren die Anwartschaft verlieren würden, wenn sie in diesen keine oder weniger als 20 bzw. 40 Beiträge entrichtet haben. Hat also z. B. ein vom 4. August an in England internierter Handlungsgehilfe im Jahre 1914 in seiner am 1. Januar erneuerten Karte noch keine

Beitragsmarken verwendet, so müßte er nach dem Gesetz bis zum 31. Dezember 1915 zwanzig Marken einkleben, um nicht die Anwartschaft zu verlieren. Durch die Bestimmung des § 2 kann er dies noch bis zum 31. Dezember 1917 nachholen, wenn im Jahre 1916 der Krieg beendet wird.

Dabei ist zu beachten, daß für die Zeiten der Behinderung alle auf diese Zeiten entfallenden Beiträge sollen nachentrichtet werden können, in dem obigen Beispiel also für soviel Wochen, als zwischen dem 4. August 1914 und dem Tage der Rückkehr in die Heimat liegen. Dagegen soll zur Verhütung einer Ausnutzung dieser Vergünstigung von Personen, die schon vorher säumig waren, und jetzt namentlich bei drohender oder inzwischen eingetretener Invalidität zwecks Erhöhung der Rente und Abkürzung der Wartezeit die Gelegenheit benutzen könnten, um auch für die frühere Zeit soviel Marken wie möglich nachzukleben, die Nachentrichtung freiwilliger Beiträge für die vor Eintritt der Hinderung zurückliegende Zeit nur insoweit zulässig sein, als dies zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft nötig ist. Diese Vorschrift in Absatz 2 des § 2 hat natürlich nur Bedeutung für freiwillige Beiträge. In dem obigen Beispiel könnten also Marken für die Zeit vom 1. Januar bis 4. August 1914 nicht verwendet werden, wenn bis zum 4. August die Anwartschaft noch bestand; denn mit den Beiträgen der Folgezeit kann die Anwartschaft zur Genüge aufrechterhalten werden.

Da die Nachentrichtung freiwilliger Beiträge nach Eintritt der Invalidität sonst nicht zulässig ist (§ 1443 RVO.), so muß diese Vorschrift gemäß Abs. 3 des § 2 hier außer Kraft gesetzt werden, um auch die Rechte derjenigen Versicherten zu erhalten, die unterdes invalide geworden sind. Auf den Fall des Todes soll allerdings diese Vergünstigung nicht ausgedehnt werden.

Diese Bestimmungen kommen also auch denjenigen zugute, welche bereits vor Eintritt der Hinderung in ihrer Beitragsleistung säumig gewesen waren, aber derzeit die Anwartschaft durch Nachentrichtung von Beiträgen noch aufrechterhalten konnten. Um die Kriegsteilnehmer, welche sich in gleicher Lage befinden, also vor Eintritt in den Kriegsdienst bereits beitragssäumig gewesen waren, nicht schlechter zu behandeln, soll nach § 3 die Verlängerung der Nachentrichtungsfristen auch ihnen in derselben Weise zuteil werden. Denn man kann auch von ihnen nicht erwarten oder fordern, daß sie während des Kriegsdienstes die Versäumnis beachten und rechtzeitig die fehlenden Marken nachbringen.

Soweit es sich bei den gemäß §§ 2 und 3 zur Nachentrichtung zugelassenen Beiträgen um solche handelt, die auf Grund der Versicherungspflicht hätten entrichtet werden müssen, muß der Landesversicherungsanstalt auch das Recht zugestanden werden, die Beiträge in dem zugestandenen Umfange zu fordern. Dem würde aber in vielen Fällen die kürzere Verjährungsfrist des § 29 Abs. 1 RVO. im Wege stehen. Auch diese wird daher in § 4 bis zu dem Zeitpunkt verlängert, bis zu dem der Versicherte die Beiträge nach den §§ 2 und 3 noch rechtswirksam verwenden kann. Dadurch wird auch erreicht, daß der Arbeitgeber zur Entrichtung der Beiträge gezwungen werden kann, da er der Beitragspflichtige war und ihm die Versäumnis zur Last fällt.

Wiederum dem Schutze der Versicherungsanstalt vor einer Ausnutzung der erweiterten Nachentrichtungsmöglichkeit dient der § 6 der Verordnung, der die Nachverwendung von freiwilligen Beiträgen höherer Lohnklassen für die Zeit vor Eintritt der Kriegsbehinderung (§ 2 Abs. 2 und § 3) ausschließt. Für die Zeiten der Behinderung selbst (§ 2 Abs. 1) soll die Verwendung höherer Beitragswerte zulässig sein. Handelt es sich um Pflichtbeiträge, so bewendet es in allen Fällen bei der Regel des § 1443, nach der Pflichtbeiträge über die gesetzliche Lohnklasse hinaus nicht für mehr als 1 Jahr zurück nachentrichtet werden dürfen.

Da nunmehr gemäß § 1 die Kriegsdienstzeiten als Beitragszeiten auch für vorher freiwillig Versicherte ohne Beitragsleistung anzurechnen sind, so bedarf es einer Verwendung von Beitragsmarken auch für diese Kriegsteilnehmer nicht mehr. Diese Vorschriften müssen naturgemäß, wie in § 8 Abs. 1 bestimmt ist, rückwirkende Kraft haben. Um allen Versicherten für die ganze Kriegsdauer in gleichem Maße die Vergünstigungen der Verordnung zuzuwenden, so muß auch den freiwillig versicherten Kriegsteilnehmern, welche für die Aufrechterhaltung ihrer Versicherung gesorgt und für Zeiten ihres Kriegsdienstes bereits Beiträge entrichtet haben, das Recht zugestanden werden, die nunmehr überflüssigerweise gezahlten Beiträge zurückzufordern. § 6 Abs. 1 schreibt daher die Erstattung dieser Beiträge auf Antrag der Versicherten vor, wenn der Antrag bis zum Ablauf des Jahres, das dem letzten Kriegsjahre folgt, gestellt wird. Weil die Anrechnung aber nur mit den Beitragswerten der II. Lohnklasse erfolgt, ist es in allen Fällen, in denen Beitragsmarken höherer Lohnklassen entrichtet sind, vorteilhafter für den Versicherten, wenn die entrichteten Marken der Berechnung der Renten zugrunde gelegt werden. Um den Versicherten diese Möglichkeit zu gewähren, sollen nach dem 2. Absatz des § 6 die tatsächlich entrichteten Marken höherer Werte Gültigkeit behalten, wenn der Versicherte auf die Erstattung ausdrücklich verzichtet oder von dem Erstattungsrecht keinen oder nicht rechtzeitig Gebrauch macht.

Wenn alle Rechtsnachteile von den durch den Kriegsdienst oder die Kriegsverhältnisse an der ordnungsmäßigen Markenverwendung während des Krieges verhinderten Versicherten abgewehrt werden sollen, so muß auch darauf Rücksicht genommen werden, daß in vielen Fällen der Umtausch der Quittungskarte nicht rechtzeitig bei Ablauf ihrer zweijährigen Gültigkeitsdauer erfolgt oder erfolgen kann. Die an die Unterlassung oder Verspätung des Umtauschs der Karte geknüpften Rechtsfolgen des § 1420 Satz 2 werden daher durch § 7 ebenfalls für die Dauer des Krieges aufgehoben, so daß also auch für die Marken, welche in der alten, abgelaufenen Karte nach Ablauf ihrer Gültigkeitsdauer gemäß §§ 2 und 3 nachentrichtet sind, die Versicherungsanstalt im Zweifelsfalle zu beweisen hat, daß für die Anwartschaftsfrist nicht ausreichende Beiträge vorliegen. Erhebliche Bedeutung hat diese Vorschrift allerdings kaum, denn es ist zunächst zu prüfen, ob und in welchem Umfange die Nachentrichtung nach den §§ 2 und 3 zulässig war. Das Ergebnis dieser Prüfung entscheidet aber auch über die Rechtswirksamkeit der nachverwendeten Marken.

Endlich ist auch in § 8 Abs. 2 und 3 der Fälle gedacht, in denen die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen bereits Anträge auf die Leistungen gestellt haben und wegen Nichterfüllung der Wartezeit oder Verlustes der Anwartschaft abgewiesen werden mußten, aber bei Anwendung der neuen Vorschriften in der Lage wären, die fehlenden Beitragsmarken nachzuentrichten oder nachzuweisen. In Streitsachen, die in der Berufungsinstanz noch schweben, kann die Nachverwendung ohne weiteres noch erfolgen und das Oberversicherungsamt muß die Berechtigten nach allgemeinem Rechtsgrundsatz auf diese Möglichkeit hinweisen und ihnen Gelegenheit zur Nachverwendung geben. Wenn die Sache schon in die Revisionsinstanz gelangt ist, so könnte an sich die Revision keinen Erfolg haben, wenn vor der Entscheidung der Berufungsinstanz die Verordnung noch nicht in Kraft getreten wäre. Um dem abzuhelfen, bestimmt § 8 Abs. 2, daß die Nichtanwendung der Verordnung auch dann die Revision des Urteils begründet, wenn das Oberversicherungsamt die Verordnung noch nicht anwenden konnte. Um auch bereits rechtskräftig abgewiesenen Ansprüchen noch Geltung zu verschaffen, die bei Anwendung der Verordnung begründet wären, wird — und damit wird die letzte

Lücke geschlossen — sogar die Wiederaufnahme des Verfahrens gemäß den §§ 1722 ff. der Reichsversicherungsordnung durch § 8 Abs. 3 der Verordnung zugelassen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Sind die von einer deutschen Firma bei Arbeiten im besetzten Feindesland Beschäftigten versicherungspflichtig?

a) Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 19. März 1915 (II K. 161/15,

b) Entsch. des **Oberversicherungsamts Cöln** vom 5. November 1915.

a)

Das Reichsversicherungsamt neigt, vorbehaltlich instanzieller Entscheidung in Uebereinstimmung mit dem Herrn Preußischen Minister für Handel und Gewerbe zu der Auffassung, daß die von Cölner Firmen in Namur beschäftigten Personen nicht versicherungspflichtig sind.

Die Reichsversicherungsordnung enthält für das Gebiet der Krankenversicherung keine Vorschriften darüber, ob und in welchem Umfange im Ausland beschäftigte Deutsche versicherungspflichtig sind, insbesondere fehlt eine Vorschrift die dem für die Invalidenversicherung geltenden § 1330 der RVO. entspricht. Der für die Invaliden wie auch für die Krankenversicherung geltende Grundsatz, daß sich die Versicherung auf unselbständige Ausstrahlung eines inländischen Betriebes im Auslande erstreckt, gilt nach Hoffmann, Kommentar zur RVO. für die Krankenversicherung nicht. Hahn nimmt für das bisherige, wie für das neue Recht an, daß Personen, die für einen inländischen Betrieb im Ausland arbeiten, dann krankenversicherungspflichtig sind, wenn nach den Gesetzen für sie ein Beschäftigungsort im Inlande gegeben ist (zu vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz Anm. 1d zu § 5a Handb. der Krankenvers. Vorbem. 2 zu § 153 RVO.)*). Dagegen vertritt Rosin (Das Recht der Arbeiterversicherung Bd. 2 S. 98) den Standpunkt, daß § 5a KVG. die Frage der Versicherungspflicht als gelöst voraussetzt. Eine Stellungnahme zu den angedeuteten Zweifelfragen erübrigt sich nach der Ansicht des Reichsversicherungsamtes in vorliegendem Falle; denn selbst, wenn man die Grundsätze der Unfallversicherung über die Ausstrahlung inländischer Betriebe im Auslande für die Krankenversicherung entsprechend anwendet, oder die Versicherungspflicht von Arbeiten im Auslande nach den Vorschriften des allgemeinen Teiles der RVO. über den Beschäftigungsort beurteilt, sind die von den Kölner Firmen in Namur ausgeführten Befestigungsarbeiten nicht versichert, weil sie nach Ort und Zeit derart umfangreich sind, daß sie weder als Ausstrahlung des inländischen Betriebes angesehen werden können, noch für sie ein inländischer Beschäftigungsort nach § 153 Abs. 2 der RVO. in Frage kommt.

*) Zu vgl. jetzt noch Arb.-Vers. 1915 Heft 30 S. 697 ff.

b)

Die Vereinigte Ortskrankenkasse der Handwerker zu Cöln hat von der Firma B. zu Cöln für die von letzterer in Namur bei den Befestigungsarbeiten beschäftigten Arbeiter Krankenkassenbeiträge beansprucht, da diese Arbeiter bei der genannten Kasse krankenversicherungspflichtig seien. Auf Beschwerde der Firma beim Versicherungsamt Cöln-Stadt entschied letzteres in der Sitzung des Beschlußausschusses vom 11. Mai 1915 dahin, für die von der Firma in Namur beschäftigten Arbeiter seien bei der Vereinigten Ortskrankenkasse der Handwerker in Cöln die satzungsmäßigen Beiträge zu entrichten. Dieser Entscheidung konnte, auf die rechtzeitig von der Firma erhobene Beschwerde, nicht beigepflichtet werden. Es handelt sich um dauernde Beschäftigungsverhältnisse von mehreren 100 Arbeitern der Firma bei den Befestigungsarbeiten in Namur während der deutschen Besetzung. Das Versicherungsamt geht davon aus, daß unter normalen Verhältnissen die von der Firma in Namur übernommenen Befestigungsbauarbeiten bei ihrem bedeutenden Umfange wohl hinreichende wirtschaftliche Unabhängigkeit aufweisen dürften und infolgedessen als ein selbständiger Betrieb aufzufassen sein würden. Unter den gegenwärtigen ungewöhnlichen Verhältnissen angesichts der deutschen Besetzung Belgiens würden anerkanntermaßen derartige Arbeiter nach der RVO. als unfall- und invalidenversichert anzusehen sein; dann müsse aber solches folgeweise auch betreffs der Krankenversicherung angenommen werden. Die betreffenden Arbeiter müßten gewissermaßen als im Inlande beschäftigt gelten. Es sei lediglich eine Ausstrahlung des

Cölner Betriebes betreffs der Arbeiten in Namur anzunehmen.

Es wird nicht verkannt, daß die Entscheidung des Versicherungsamtes gewisse praktische Gesichtspunkte für sich hat. Diese allein können aber mangels rechtlicher Grundlage nicht dazu führen, die Krankenversicherung auf die in Belgien bei den fraglichen Arbeiten beschäftigten Personen ohne weiteres auszudehnen. Eine entsprechende Maßnahme, zu der der Bundesrat kraft der ihm laut § 3 des Reichsgesetzes vom 4. August 1914 erteilten Befugnis in der Lage sein könnte, ist bisher nicht erfolgt. Die Grenzen des Reiches erstrecken sich aber bisher nicht auf Belgien. Das Reichsversicherungsamt hat denn auch in Uebereinstimmung mit dem Herrn Minister für Handel und Gewerbe am 19. März 1915 vorbehaltlich instanzieller Entscheidung sich dahin ausgesprochen, daß die von den Cölner Firmen in Namur beschäftigten Personen nicht krankenversicherungspflichtig sind und dies wie folgt begründet: ... (Hier folgt im Auszuge der vorstehend vollständig mitgeteilte Bescheid.)

Das Oberversicherungsamt hat den gegenteiligen Ausführungen des Vertreters der vereinigten Ortskrankenkasse der Handwerker über die vermeintliche reichsgesetzliche Versicherungspflicht der Arbeiter der Firma B. keine ausschlaggebende Bedeutung beizumessen vermocht und der Beschwerde daher keine Folge geben können ...

Der Beamte einer Partei kann nicht auf Grund des § 1641 Ziffer 1 RVO. abgelehnt werden.

Entsch. des Oberversicherungsamts Leipzig vom 12. Oktober 1915 (IV A. 12).

Der Ablehnungsantrag stützt sich auf § 1641 Ziff. 1 RVO. Dort ist bestimmt, daß von der Mitwirkung im Spruchausschusse ausgeschlossen ist, wer in der Sache Partei ist. Gleichwie der Spruchausschuß des Versicherungsamtes in seiner Sitzung vom 1. September 1915 und der Vorsitzende dieses Spruchausschusses selbst diese Ablehnung nicht für begründet erklärt haben, so kann auch das Königliche Oberversicherungsamt nicht erkennen, inwiefern der Stadtamtmann F. in der bezeichneten Streitsache als Partei in Betracht kommen soll. Die Parteieigenschaft kann vom Antragsteller nur in Hinsicht auf die klägerische Partei, den Armenverband, behauptet worden sein. Dieser Armenverband ist die Stadtgemeinde in ihrer Eigenschaft als Vertreterin des Armenwesens ihres Bezirks. Die Stadtgemeinde aber wird vertreten durch den Stadtrat. Eine Parteieigenschaft des Stadtamtmanns könnte also nur dann anerkannt werden, wenn dieser als Ratsmitglied zur Vertretung der Stadtgemeinde berechtigt oder als Angestellter des Stadtrates zur Vertretung des für das Armenwesen eingesetzten Armenamts berufen wäre. Beides ist nicht der Fall. Stadtamtmann F. gehört dem Ratskollegium nicht an und ist als Beamter des Stadtrates lediglich zur Stellvertretung des Vorsitzenden des Versicherungsamtes bestimmt; er besitzt also nicht die Befugnis oder wenigstens nicht den Auftrag, in Angelegenheiten der Armenverwaltung tätig zu sein. Er hat sich selbst nicht für befangen erklärt und der Vertreter der beklagten Partei hat seine Befangenheit in keiner Weise glaubhaft gemacht.

Diese Befangenheit endlich daraus herzuleiten, daß der Stadtamtmann als Angestellter des Stadtrates in wirtschaftlicher Beziehung von diesem abhängig ist, muß entschieden abgelehnt werden, denn es muß als selbstverständlich von ihm die Vermutung gelten, daß er in Bezug auf die Rechtsprechung vollständig unabhängig und von Rücksichten auf das Interesse der Stadt oder andere Abteilungen des Stadtrates unbeeinflußt ist. Das geht schon daraus hervor, daß die Gesetzgebung Vertretern der Stadt versicherungsamtliche Befugnisse übertragen hat.

Hiernach liegt kein Ablehnungsgrund vor. Der Antrag des Vertreters der beklagten Krankenkasse war deshalb zurückzuweisen.

Diese Entscheidung, die nach der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes Nr. 1979, Amtl. Nachr. 1915 S. 384, im Beschlußverfahren zu erlassen war, ist nach § 1646 Satz 2 RVO. endgültig und mit keinen Rechtsmitteln mehr anfechtbar.

Frist zwischen Verhandlungszeit und Ladung.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 22. Oktober 1915 (I a 5955/14).

Die Beklagte hat in erster Linie gerügt, daß ihr die Vorladung zum Termine vor dem Oberversicherungsamte nicht zeitig genug zugegangen sei. Der Termin habe am 26. Juni 1914 angestanden, aber erst am 24. Juni 1914 habe sie davon Nachricht erhalten, so daß zwischen Termin und Zustellung nur eine Frist von einem Tage gelegen habe. Bei der Entfernung zwischen dem Sitz ihrer Verwaltung in Büdelsdorf bei Rendsburg und dem Terminsorte Lüneburg sei diese Frist zu kurz gewesen, um für eine ordnungsmäßige Vertretung zu sorgen. Sie sei denn auch in der Tat nicht vertreten gewesen.

Das Reichsversicherungsamt hat die Rüge der Beklagten als begründet angesehen. Nach § 25 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911 soll zwischen der Mitteilung der Verhandlungszeit und dieser selbst in der Regel ein Zeitraum von mindestens einer Woche liegen. Nach dem Wortlaut dieser Vorschrift kann es nicht

zweifelhaft sein, daß unter Umständen auch bei einem kürzeren Zeitraum als einem solchen von einer Woche die Rechte der Beteiligten ausreichend gewahrt sein können, und daß die Beteiligten jedenfalls keinen Anspruch darauf haben, mindestens eine Woche vor dem Termine von der Verhandlung ihrer Sache vor dem Oberversicherungsamte benachrichtigt zu werden. Im vorliegenden Fall ist indessen der Zeitraum, der zwischen der Verhandlungszeit und ihrer Bekanntgabe an die Beklagte lag, zu kurz bemessen gewesen, um dieser die ordnungsmäßige Wahrnehmung ihrer Rechte vor dem Oberversicherungsamte zu ermöglichen. Hierin liegt ein wesentlicher, die Aufhebung der Vorentscheidung rechtfertigender Mangel des Verfahrens. Das Reichsversicherungsamt hat deshalb, ohne in der Sache selbst zu erkennen, sie zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an die Vorinstanz zurückverwiesen.

(„Berufsgenossenschaft".)

B. Zur Krankenversicherung.

Befreiung von der Krankenversicherung.

Entscheidung des Knappschafts-Oberversicherungsamts Dortmund vom 13. Oktober 1915.

Der 52 Jahre alte Bergmann B. erlitt einen Betriebsunfall, für den er anfänglich 40% Unfallrente bezog. Bei Wiederaufnahme der Bergarbeit mußte er sich nach § 173 der RVO. (vgl. § 10 preuß. Knappsch.Ges.) „auf seinen Antrag" von der Krankenversicherung befreien lassen. Seit dem 1. Juli 1914 bezieht er nur noch 10% Unfallrente. Mit der Begründung, daß er somit nicht mehr „auf die Dauer zu einem geringen Teile arbeitsfähig" sei, ersuchte er um Wiederaufnahme in die Knappschafts-Krankenkasse. Die Kassenverwaltung, die ihn „auf seinen Antrag" befreit hatte, lehnte seinen Antrag auf Wiederaufnahme ab. Der Geschäftsausschuß des Allgemeinen Knappschaftsvereins bestätigte die Ablehnung. Gegen diese Entscheidung legte der Bergmann Berufung beim Knappschafts-Oberversicherungsamt ein, das den Knappschaftsverein verurteilte, den B. wieder als Mitglied aufzunehmen. Aus den Gründen:

Die Gutachten des Vertreters des Knappschaftsoberarztes Dr. R., des Geh. Sanitätsrates Dr. L. und des Knappschafts-Revierarztes Dr. R. sprechen sich allerdings für die Ablehnung der Aufnahme des Klägers in die Krankenkasse aus. Das Gericht ist diesem Gutachten aber nicht beigetreten, da die Aerzte eine ausreichende Begründung für ihre Auffassung nicht geben. Sie sagen nur, daß der Kläger wegen Schlagaderverhärtung bezw. Verkalkung des Herzens nicht in die Krankenkasse aufgenommen werden könne. Dem steht aber die Tatsache entgegen, daß der Kläger seit längerer Zeit schwere bergmännische Arbeit verrichtet, ohne krank gefeiert zu haben. Sein Leiden ist also nicht derart, daß eine baldige Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Satzung zu befürchten ist.

Nachschrift des Einsenders (F. Kl.): Wie schon die Entscheidung zeigt, ist die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht wegen beschränkter Arbeitsfähigkeit weit verbreitet. Es sei hierbei daran erinnert, daß bei der Aufstellung der Satzung des Allgem. Knappschaftsvereins Bochum (nach Einführung der RVO.) die Versichertenvertreter den Antrag stellten, folgende Bestimmung aufzunehmen:

„Von dem Beitrittszwang zur Krankenversicherung sind nur Arbeiter zu befreien, die 66²/₃% und mehr erwerbsunfähig sind. Ausnahmen sind nur bei den Unfallrentnern zu machen, wo noch kein Dauerzustand eingetreten ist und dadurch dann Aufnahmen schädigend auf die Krankenkassen wirken würden."

Bei der Abstimmung über diesen Antrag ergab sich Stimmengleichheit; er wurde daher als abgelehnt betrachtet. Hiergegen legten die Mitgliedervertreter Beschwerde beim Kgl. Oberbergamt in Dortmund ein. Sie wurden aber durch Beschluß vom 25. Juni 1914 abgewiesen. Daraufhin wurde das Oberschiedsgericht in Knappschaftsangelegenheiten in Berlin angerufen. Dieses bestätigte unterm 21. Oktober 1914 den Beschluß des Oberbergamtes. In der Begründung dieser Entscheidung wird zunächst auf die Entstehung des § 143 RVO. hingewiesen. Sodann heißt es weiter:

„Das Vorhandensein dieser erhöhten Krankheitsgefahr bedarf der Feststellung in jedem einzelnen Falle, so daß es nicht angängig ist, z. B. Knappschaftsinvaliden schon deshalb als unter § 173 fallend anzusehen, weil sie Knappschaftsinvaliden sind. Ferner ist durch die Vorschrift des § 497 RVO. (§ 54 Abs. 4 des Knappschaftsgesetzes) Vorsorge getroffen, daß Befreiungsanträge von Knappschaftsinvaliden eine besonders gründliche Prüfung erfahren und daß zu einem Befreiungsantrage die Mehrheit der Stimmen beider Vertreterseiten im Vorstande, die alle in Betracht kommenden Umstände des Einzelfalles zu würdigen haben, notwendig ist.

Der von den Knappschaftsältesten gestellte, im Tatbestand wiedergegebene Antrag wird dieser Bedeutung des § 173 a. a. O. nicht gerecht. Es mag zwar zugegeben werden, daß für viele unter den Antrag fallende Knappschaftsmitglieder der Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht begründet ist, aber der von den Knappschaftsältesten geforderte Beschluß, nur solche Arbeiter von der Krankenversicherungspflicht zu befreien, würde in doppelter Beziehung gegen das Gesetz verstoßen; er würde als einziges und ausschlaggebendes Kriterium für die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht die verminderte Arbeitsfähigkeit hinstellen, die Erhöhung der Krankheitsgefahr aber unberücksichtigt lassen, und er würde die vom Gesetz gewollte, unter die besonderen Vorschriften des § 497 gestellte Prüfung des Befreiungsantrages unter Berücksichtigung der bei jedem einzelnen Falle vorliegenden Verhältnisse ausschließen".

Bei dieser Gelegenheit sei darauf hingewiesen, daß beim Niederschlesischen Knappschaftsverein ein

rechtskräftiger Beschluß gefaßt worden ist, der den Absichten des oben wiedergegebenen Antrages der Mitgliedervertreter beim Bochumer Verein entspricht.

Die Kriegswochenhilfe ruht in der Zeit, in der der Kriegsteilnehmer erwerbstätig ist.

Bescheid des **Reichskanzlers** (Reichsamt des Innern) vom 27. Dezember 1915 (II 7767).

Bei Erlaß der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 ist der Bundesrat davon ausgegangen, daß nur diejenigen Wöchnerinnen als Ehefrauen früherer Kriegsteilnehmer Anspruch auf Wochenhilfe haben sollen, deren Ehemänner nicht wieder erwerbsfähig geworden und deshalb nicht in der Lage sind, im Entbindungsfalle selbst für Weib und Kind zu sorgen. Tritt die Voraussetzung dieser Erwerbsfähigkeit des Ehemanns nur für einen Teil der an sich für die Unterstützung maßgebenden Zeit ein, so wird nach diesseitigem Dafürhalten auch in der Leistung der Wochenhilfe eine zeitige Teilung vorzunehmen sein, ähnlich wie sie § 10 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 für den Fall vorsieht, daß der Ehemann erst nach der Niederkunft seiner Frau in die Kriegs- usw. Dienste eintritt. In dem vorgetragenen Falle würde also die Wöchnerin, da bei der Niederkunft der Ehemann erwerbstätig war, keinen Anspruch auf den Pauschalbetrag von 25 M. für Arzt- und Hebammenhilfe bei der Entbindung, sowie auf das Wochen- und Stillgeld für die Zeit bis 12. November d. J. haben. Dagegen würde ihr das Wochen- und Stillgeld von diesem Tage ab für den Rest der dann noch laufenden gesetzlichen Zeit oder, falls der Ehemann vorher wieder erwerbstätig wird, bis zu diesem Zeitpunkt zustehen.

Die Satzung darf als Familienhilfe nicht Behandlung durch „Heilkundige" vorsehen.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 4. April 1914 (II K. 276).

Nach § 205 RVO. kann die Kasse zubilligen Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten sowie Wochenhilfe und Sterbegeld unter den dort bezeichneten Voraussetzungen. Die Krankenpflege umfaßt nach § 182 Abs. 1 ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln. Aerztliche Behandlung ist aber nach § 122, von den dort erwähnten Ausnahmefällen abgesehen, die hier nicht vorliegen, durch approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte, zu leisten, und es ist auch „auf Antrag oder mit Zustimmung des Versicherten" Behandlung durch andere Personen, insbesondere durch Heilkundige, nicht zuzulassen (zu vgl. Entsch. 1809, Amtl. Nachr. 1914 S. 381). **Diese Grundsätze gelten nicht nur, soweit die Gewährung von Regelleistungen (zu vgl. § 179 Abs. 1 RVO.) in Frage kommt, sondern auch bei Mehrleistungen.** Denn die Mehrleistungen sind, worauf in der vorerwähnten Entscheidung des Beschlußsenats gleichfalls hingewiesen wird, nur soweit zulässig, wie es das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung vorsieht (§ 179 Abs. 3). Wenn also § 205 als Mehrleistung die Gewährung von Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten zuläßt, so darf sie nicht in einer Art geleistet werden, die, wie die Behandlung durch nicht approbierte Aerzte, im Interesse der Volksgesundheit durch die Reichsversicherungsordnung hat grundsätzlich ausgeschlossen werden sollen (zu vgl. §§ 182, 122). Wenn die Beschlußkammer in diesem Sinne der Kasse aufgegeben hat, entweder die frühere Fassung des § 34 der Satzung wiederherzustellen oder die ärztliche Behandlung in einer dem Gesetz entsprechenden Weise durch Vereinbarung mit den zur Kassenpraxis zugelassenen Aerzten zu regeln, so war dies nicht zu beanstanden. Insbesondere wird die Kasse durch die letzterwähnte Anordnung nicht beschwert. Denn sie muß zur Erfüllung der ihr durch das Gesetz und die Satzung auferlegten Pflichten in einer dem Gesetz entsprechenden Weise, insbesondere durch Vereinbarung mit Aerzten oder ärztlichen Vereinigungen u. dergl., für eine ausreichende Arztbehandlung sorgen. Dabei bleibt es, unbeschadet der gegebenenfalls, insbesondere nach §§ 370, 372 RVO. zu treffenden besonderen Anordnungen, dem pflichtmäßigen Ermessen der Kasse überlassen, in welcher Weise sie eine ausreichende ärztliche Behandlung ihrer Mitglieder, hier auch deren versicherungsfreie Familienmitglieder, sicherstellen will (zu vgl. Entsch. 1808, Amtl. Nachr. 1914 S. 379). Auch der Umstand, daß die Kasse, auf Grund des infolge irrtümlicher Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts zunächst nicht beanstandeten § 34 der Satzung, der die ärztliche Behandlung der Familienmitglieder durch Heilkundige zuließ, Verträge mit Heilkundigen abgeschlossen hat, kann nicht von entscheidender Bedeutung sein.

Hiernach rechtfertigt sich die Zurückweisung der Beschwerde.

Anspruch freiwillig weiterversicherter Kriegsteilnehmer auf Krankengeld.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 27. Sept. 1915 (2110 Amtl. Nachr. 1915 S. 761).

Mit Recht hat der Vorsitzende des Versicherungsamts die Beklagte zur Zahlung des Krankengeldes verurteilt. Der Senat hat bereits in der Rev.Entsch. 2042 (Amtl. Nachr. 1915 S. 573) ausgesprochen, daß Kriegsteilnehmern, die sich nach § 313 RVO. freiwillig weiterversichern, bei Ar-

beitsunfähigkeit Krankengeld zu gewähren ist. An dieser Auffassung war festzuhalten. Mit Unrecht wendet die Beklagte ein, daß dem Kläger infolge seiner Einziehung zum Militärdienste kein Arbeitsverdienst entgangen sei. Würde hierauf entscheidendes Gewicht gelegt, so müßte folgerichtig solchen Versicherten, die während der Einziehung zu Kriegs- oder ähnlichen Diensten invalide werden, während der Dauer des Militärverhältnisses usw. die Invalidenrente versagt werden. Denn wie das Krankengeld für den Verlust der Arbeitsfähigkeit, so wird die Invalidenrente für den Verlust der Erwerbsfähigkeit gewährt. Jenes Ergebnis würde aber dem § 1256 Satz 1 RVO. widersprechen, wonach die Invalidenrente, unbeschadet des § 1253 und des § 1255 Abs. 3, mit dem Tage des Eintritts der Invalidität beginnt. Auch setzt der Anspruch auf Krankengeld nach § 182 Nr. 2 a. a. O. lediglich voraus, daß der Versicherte durch Krankheit arbeitsunfähig wird. Der Nachweis, daß er bei Erhaltung der Arbeitsfähigkeit einen Erwerb erzielen konnte, ist nicht erforderlich (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. 8. und 9. Aufl. Anm. 6c zu § 182 und Arb.-Vers. 1915 S. 145ff.; Hoffmann, in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angest.-Vers. 1915 Sp. 662ff.). Auch der Beweis der Arbeitsunfähigkeit ist erbracht. Nach dem Zeugnis des Dr. B. in R. vom 22. Februar 1915 war der Kläger seit dem 30. Januar 1915 wegen Muskelrheumatismus vollständig erwerbsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit hat auch während des ihm in der Zeit vom 28. Februar bis 7. März 1915 gewährten Erholungsurlaubs und bis zu seiner Wiedereinstellung in das Heer am 11. März 1915 bestanden. Nach der Auskunft der zuständigen Krankenabteilung vom 15. Mai 1915 war dem Kläger während dieser Zeit vom Arzte Schonung auferlegt. Danach ist anzunehmen, daß auch bei Wiederaufnahme seiner früheren Erwerbstätigkeit die Gefahr einer Verschlimmerung der Krankheit bestanden hätte. Ein solcher Zustand steht der Arbeitsunfähigkeit gleich und rechtfertigt somit die Gewährung des Krankengeldes (zu vgl. Hoffmann, Komm. Anm. 11 zu § 182; Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 6b zu § 182 und Entsch. 1987, Amtl. Nachr. 1915 S. 425).

Formale Versicherung nach § 213 RVO. setzt Annahme der Beiträge während dreier Monate voraus.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. Sept. 1915 (2109 Amtl. Nachr. 1915 S. 759).

Bei einer vorschriftsmäßigen und nicht vorsätzlich unrichtigen Anmeldung würde nach § 213 RVO. die beklagte Kasse zur Gewährung der satzungsmäßigen Leistungen verpflichtet sein, wenn sie nach der Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet Beiträge angenommen hätte.

Die Worte im § 213 „hat eine Kasse für eine Person nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen" geben zu Zweifeln Anlaß. Nach der einen Ansicht soll die unbeanstandete Annahme von Beiträgen „für" einen ununterbrochenen Zeitraum von drei Monaten genügen, um die formale Versicherung zu begründen (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2 zu § 213, Stier-Somlo, Zentralbl. der Reichsvers. 1912 S. 409 und Kommentar Anm. 5 A zu § 165). Danach würde die einmalige Annahme von Beiträgen für einen ununterbrochenen, zurückliegenden Zeitraum von drei Monaten ausreichen. Die bezeichneten Worte lassen sich aber auch dahin auslegen, daß die Kasse nach der Anmeldung während eines ununterbrochenen Zeitraums von drei Monaten — gerechnet von der Anmeldung ab — die Beiträge unbeanstandet angenommen haben muß (zu vgl. Düttmann und Frankenberg, Kommentar Anm. 3 zu § 213, Hoffmann, Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenvers. 1915 Sp. 428). Der erkennende Senat hat sich dieser letzteren Auffassung angeschlossen. Es nimmt im Sinne des § 213 nach der Anmeldung drei Monate ununterbrochen Beiträge nicht an, wer für einen zurückliegenden, ununterbrochenen Zeitraum von drei Monaten, sondern wer während eines ununterbrochenen Zeitraums von drei Monaten (zu vgl. auch § 393 Satz 2) Beiträge empfängt. Diese Auslegung entspricht der aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift zu entnehmenden Absicht des Gesetzes. § 213 ist durch Beschluß der Reichstagskommission in das Gesetz aufgenommen worden. Zur Begründung des Antrags Nr. 191 Ziff. 4, dem § 213 seine Entstehung verdankt, wurde bemerkt: „Es kämen nicht selten Fälle vor, in denen eine Person, in der Annahme, versicherungspflichtig zu sein, jahrelang Beiträge entrichte. Wenn dann bei irgendeinem Anlaß die Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung verneint werde, erhalte der Versicherte weder die Kassenleistung, noch würden ihm die irrtümlich geleisteten Beiträge zurückerstattet. Das sei um so unbilliger, als bei zeitiger Erkenntnis des Irrtums der Versicherte die Möglichkeit gehabt haben würde, sich bei einer Hilfskasse zu versichern. Wenn die Kasse irrtümlich die Beiträge längere Zeit annehme, müsse sie auch das Risiko tragen" (Kommissionsbericht II S. 199, 200). Nach den vorstehenden Ausführungen, denen die Reichstagskommission ungeachtet der von einem Regierungsvertreter erhobenen Bedenken durch Annahme des Antrags beitrat (Kommissionsber. S. 200), ist der

Gesetzgeber bei Erlaß der Vorschrift des § 213 der Reichsversicherungsordnung davon ausgegangen, daß in die Krankenkasse nur die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten gehören. Daher sei die Kasse, wenn Personen zur Versicherung angemeldet werden, verpflichtet, die Berechtigung zum Eintritt in die Versicherung auf Grund der Angaben in der Anmeldung zu prüfen und die in Betracht kommenden Verhältnisse aufzuklären, um zu verhindern, daß Beiträge zu Unrecht geleistet werden. Die Kasse soll aber, wenn sich nach Eintritt des Versicherungsfalls herausstellt, daß der Angemeldete nicht versicherungspflichtig und nicht versicherungsberechtigt gewesen ist, nur haften, sofern sie nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat. Diese Fristbestimmmung hat offenbar in erster Linie den Zweck, der Kasse eine angemessene Zeit zu gewähren, um ihrer Prüfungs- und Aufklärungspflicht genügen zu können. Damit wäre es nicht in Einklang zu bringen, wollte man schon eine nach der Anmeldung erfolgte Annahme von Beiträgen für einen zurückliegenden ununterbrochenen Zeitraum von drei Monaten zur Begründung der formalen Versicherung für ausreichend erachten. Vielmehr muß im Sinne des § 213 verlangt werden, daß die Kasse nach der Anmeldung — erst diese gibt der Kasse zu der ererforderlichen Prüfung Anlaß — drei Monate, gerechnet vom Tage nach der Anmeldung (§§ 124, 125), ununterbrochen und unbeanstandet Beiträge angenommen hat (zu vgl. auch § 393 Satz 2). Für die hier vertretene Auffassung spricht endlich auch die Auslegung der gleichen Worte „hat eine Kasse für eine Person nach vorschriftsmäßiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen" im § 315 der die formale Kassenzugehörigkeit Versicherungspflichtiger regelt. Diese Vorschrift ist aus § 327 des Entwurfs einer Reichsversicherungsordnung hervorgegangen, zu dessen Erläuterung die Begründung S. 197 ausführt: „Es ist auch Sache der Krankenkasse, die Zugehörigkeit der bei ihr angemeldeten Mitglieder ihrerseits zu prüfen. Eine angemessene Frist hierfür muß ihr freilich zugestanden werden. Nimmt aber eine Kasse während der Dauer von drei Monaten oder länger ohne jede Beanstandung Beiträge für eine als Mitglied angemeldete Person entgegen, so ist es nicht unbillig, ihr auch die Pflicht aufzuerlegen, tatsächlich auch die Versicherung jener Person für so lange zu übernehmen, bis die Kassenzugehörigkeit richtiggestellt ist." Danach ist für den Fall des § 315 der Sinn der Worte „nach vorschriftsmäßiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen" dahin klargestellt, daß nur durch unbeanstandete Annahme von Beiträgen während eines Zeitraums von drei Monaten, gerechnet von der Anmeldung ab, die formale Kassenzugehörigkeit Versicherungspflichtiger begründet werden soll (zu vgl. Hoffmann, Kommentar Anm. 2 zu § 315). Daß aber der Gesetzgeber für Personen, die weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt sind, die formale Versicherung nach § 213 schon früher, nämlich schon nach einmaliger unbeanstandeter Annahme von Beiträgen für einen zurückliegenden ununterbrochenen Zeitraum von drei Monaten habe eintreten lassen wollen, ist nicht anzunehmen.

Beitragspflicht des Arbeitgebers aus § 397 Abs. 1 RVO. entfällt, wenn kein öffentliches Interesse an der Anmeldung mehr besteht.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 14. August 1915 (2098 Amtl. Nachr. 1915 S. 684).

Wie das Reichsversicherungsamt inzwischen in der Entscheidung vom 20. März 1915 (Entsch. 2054, Amtl. Nachr. 1915 S. 589) ausgeführt hat, folgt aus der Natur des § 397 RVO. als einer Ordnungsvorschrift, daß die Pflicht des Arbeitgebers zur Fortzahlung der Beiträge nicht nur dann besteht, wenn die Abmeldung schuldhafterweise unterblieben ist. Dabei ist in dieser Entscheidung nur dahingestellt geblieben, ob die Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge in allen Fällen besteht, in denen ein Verschulden des Arbeitgebers nicht vorliegt, oder ob sie dann fortfällt, wenn die Abmeldung infolge tatsächlicher Unmöglichkeit unterblieben ist. Daß es sich hier nicht um einen solchen Ausnahmefall handelt, wird keiner weiteren Ausführungen bedürfen. An sich hat daher Dr. Sp. trotz Lösung des Beschäftigungsverhältnisses die Beiträge für die Dienstmagd K. weiter zu entrichten. Die entgegenstehenden Ausführungen des Versicherungsamts gehen fehl. Insbesondere kann sich Dr. Sp. auch nicht auf die Vorschrift des § 534 berufen. Hiernach darf der Arbeitgeber die Pflichten, die ihm die Reichsversicherungsordnung auferlegt, Betriebsleitern, Aufsichtspersonen oder anderen Angestellten seines Betriebs übertragen. Zu diesen Personen konnte die K. schon um deswillen nicht gerechnet werden, weil sie die Abmeldung nicht im eigenen Namen bewirkte, sondern sie lediglich als Botin der Kasse überbrachte. Die Entscheidung des Versicherungsamts unterlag daher der Aufhebung.

Es erhebt sich nun die weitere Frage, bis wann Dr. Sp. zur Weiterzahlung der Beiträge verpflichtet ist. Nach dem Akteninhalt ist offenbar die Kasse der Ansicht, daß die Verpflichtung des Dr. Sp. zur Weiterentrichtung der Beiträge unbeschadet des inzwischen eingeleiteten Verfahrens vor den Versicherungsbehörden und ihrer Kenntnis von der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses bis zu

einer ausdrücklichen Abmeldung der K. weiterlaufe. Dr. Sp. meint dagegen, daß unter keinen Umständen von ihm Beiträge über den Zeitpunkt hinaus, an dem er beim Versicherungsamte wegen Regelung der Angelegenheit vorstellig geworden sei, erhoben werden könnten.

Es erhellt, daß ein Ergebnis, das sich mit der Auffassung der Kasse deckt, kaum als der Billigkeit entsprechend würde bezeichnet werden können. Die Ansicht der Kasse erweist sich auch bei näherer Prüfung als unzutreffend. Eine gleiche Verpflichtung, wie sie § 397 Abs. 1 enthält, bestand bereits nach § 52 KVG. für die Arbeitgeber solcher Personen, für die Beiträge zur Gemeindekrankenversicherung oder zu einer Ortskrankenkasse zu entrichten waren. Die Vorschriften sollen aber nicht etwa dazu dienen, den Kassen besondere Einnahmen zu verschaffen; sie haben vielmehr lediglich die Bedeutung eines Zwangsmittels für geordnete Erfüllung der An- und Abmeldepflicht (zu vgl. die vorstehend bezeichnete Entsch. des Reichsversicherungsamts). Eines derartigen Zwanges bedarf es aber lediglich, soweit das bei der Krankenversicherung obwaltende öffentliche Interesse in Frage kommt (zu vgl. auch Entsch. des Reichsger., Sechster Zivilsenat vom 25. Januar 1904, Arbeiter-Versorgung 1904 S. 450). Daraus muß geschlossen werden, daß er dann nicht zulässig ist, wenn ausnahmsweise ein solches öffentliches Interesse nicht oder nicht mehr besteht. Daher ist die Anwendung dieser Vorschrift für das Recht der Krankenversicherung in einem Falle zutreffend für nicht anwendbar erklärt, in dem der Arbeitgeber auf die Gegenvorstellungen und auf die ausdrückliche Bitte des Trägers der Versicherung hin die Abmeldung vorläufig unterlassen und die Beiträge unter Vorbehalt bezahlt hatte (zu vgl. die oben bezeichnete Entsch. des Reichsger. und die ebenfalls oben bezeichnete Entscheidung des RVA. 2054 am Schlusse). Geht man von diesem Grundsatz aus, so ergibt sich bei Beurteilung des vorliegenden Falles, daß für die Anwendung des Zwangsmittels des § 397 kein Anlaß mehr vorlag, als bei der Kasse kein Zweifel mehr bestehen konnte, daß das Beschäftigungsverhältnis der K. bei Dr. Sp. gelöst war. Dieses war jedenfalls dann der Fall, als die Kasse das Schreiben des Versicherungsamts vom 5. Oktober 1914 über die den Antrag auf Entscheidung nach § 405 Abs. 2 enthaltende Vorstellung des Dr. Sp. erhalten hatte — am 9. Oktober 1914. Das ergibt sich mit hinreichender Klarheit aus dem Antwortschreiben vom 10. Oktober 1914. Die Kasse war unter den obwaltenden Umständen nunmehr in der Lage, ihre Register zu berichtigen. Damit war dem Zwecke der Vorschrift als einer Kontrollvorschrift zur Geschäftserleichterung für die Kasse Genüge geschehen.

Versicherungspflicht evangel. Stadtmissionare und Reisebrüder (oder Reiseprediger).

Entscheidungen a) des Versicherungsamts Pforzheim vom 1. Dezember 1914, b) des Oberversicherungsamts Karlsruhe vom 10. November 1915.

a)

Es ist dem Vorstand des Ev. Vereins für innere Mission darin recht zu geben, daß seine Stadtmissionare und Reisebrüder nicht unter die Kategorie der Lehrer und Erzieher und nicht unter diejenige der Lohnarbeiter im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 5 und 1 RVO. fallen. Da Stadtmissionar W. für seine Tätigkeit eine feste Vergütung von 2050 M. und Reisebruder E. eine solche von 1050 M. jährlich bezieht, wäre, selbst wenn im übrigen die Voraussetzungen des § 172 Ziff. 4 RVO. vorlägen, Versicherungsfreiheit auf Grund dieser Gesetzesbestimmung nicht begründet.

Die Krankenversicherungspflicht des Stadtmissionars W. und des Reisebruders E. ist begründet, weil beide als Angestellte des Vereins für innere Mission im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO., deren Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet, dem gesetzlichen Versicherungszwange unterliegen. Sie würden nur dann davon ausgenommen sein, wenn sie nach der Art ihrer Tätigkeit zu selbständigen wissenschaftlicher oder sonstiger gleichwertiger Tätigkeit berufen und mit einer entsprechenden, insbesondere auf Hochschulen erworbenen oder einer dieser wenigstens ähnlichen Vorbildung ausgestattet wären. Diese Voraussetzungen treffen aber hier nicht zu, weder was die Vorbildung, noch was die Tätigkeit anbetrifft.

Stadtmissionar W. und Reisebruder E. sind für ihren Beruf in der dem Verein für innere Mission unterstehenden Missionsanstalt Ch. in B. ausgebildet. Für die Aufnahme in die Anstalt ist nur gute Volksschulbildung Vorbedingung. Der Unterrichtskurs dauert vier Jahre. Während der ersten zwei Jahre erfolgt Unterweisung in den Elementarfächern und in Bibelkunde. In den zwei folgenden Jahren treten die Elementarfächer zurück und es tritt an ihre Stelle Unterweisung in Dogmatik, Exegetik, Katechetik, Symbolik, Kirchengeschichte, Predigtübung. Die Unterrichtenden sind, mit Ausnahme eines geprüften Theologen, Leute mit und ohne Volksschullehrerexamen, sowie ehemalige Zöglinge der Anstalt, die sich zu diesem Zwecke eignen. Jedes Jahr legen die Zöglinge eine kleine Prüfung ab, von deren Bestehen das Aufrücken in die höhere Klasse abhängt. Ein größeres Schlußexamen besteht nicht. Unter diesen Umständen kann die Vorbildung der in der Missionsanstalt Ch. ausgebildeten Stadtmissionare und Reisebrüder unmöglich als eine wissenschaftliche oder eine derselben auch nur ähnliche Vorbildung angesehen werden. Eine Unterweisung auf dem Ge-

biete der der Theologie angehörenden Wissenszweige der Dogmatik, Exegetik, Katechetik, Symbolik usw. im höheren geistigen Sinne ist bei den auf solche Weise vor- und ausgebildeten Personen ausgeschlossen. Die dogmatische Unterweisung kann sich nicht mit der wissenschaftlichen Ergründung der Glaubenssätze befassen. Sie wird sich genügen lassen müssen, die Zöglinge auf bestimmte Glaubenssätze festzulegen, die den Zöglingen als Richtschnur bei ihrer späteren Tätigkeit dienen. Die Exegetik kann nicht im wissenschaftlichen Sinne betrieben werden, da es den Zöglingen an der nötigen Vorbildung fehlt, den Bibeltext nach wissenschaftlichen Grundsätzen unter Beiziehung des Urtextes (wissenschaftliche Quellenbenützung) zu ergründen. Ebenso ist es unmöglich, die Geschichte der verschiedenen Glaubensbekenntnisse, ihre Entstehung und ihre Bedeutung (Symbolik) tiefer zu erfassen. Das sind Dinge der Unmöglichkeit. Alle die eben genannten Gegenstände des Unterrichts, für die der Theologe ein mehrjähriges gründliches wissenschaftliches Studium aufwenden muß, um sich in diesen Wissenszweigen zurechtzufinden, werden eben nur in der Art und in dem Umfange gelehrt werden können, daß die Zöglinge mangels weiterer Vorbildung sie einigermaßen verstehen können und soweit es für den späteren praktischen Beruf zweckdienlich erscheint. Dieser Vorbildung entspricht auch die ganze Art ihrer Tätigkeit. Der Verein für innere Mission und seine für ihn tätigen Angestellten betrachten es als ihre erste Aufgabe, diejenigen Leute, welche der Kirche entfremdet sind, ihr wieder zuzuführen. Sie stehen auf dem Boden der evang. Landeskirche und innerhalb dieser nach ihren Anschauungen der positiven Richtung nahe. Ihre Tätigkeit tritt gewissermaßen ergänzend der Tätigkeit der Geistlichen hinzu auf Gebieten, die eine wissenschaftliche oder sonstige geistig höhere Vorbildung nicht voraussetzen.

Sie haben sich „nach Gesunden und Kranken, namentlich in abseits gelegenen Häusern und Weilern umzusehen und sich vor allem der Unwissenden, Armen, Elenden, Verkommenen nach dem Vorbilde ihres Meisters anzunehmen" (Ziff. I, 5 der Dienstanweisung für die Evangelisten des Vereins für innere Mission, sog. Evangelistenordnung). Sie müssen es sich „ernstlich angelegen" sein lassen, die Bibel und sonstige gute Bücher, Traktate, Missions- und andere christliche Zeitblätter, insbesondere auch die Missionszeitschriften ihres Vereins, wie den Reichsgottesboten und den Engelskalender zu verbreiten und die Vereinsschriften namentlich zur Zeit der Neubestellung vor allem in Orten, wo sie noch wenig oder gar nicht gelesen werden, von Haus zu Haus anzubieten und zu empfehlen . ." (Ziff. I, 6 das.). Daneben halten sie in der Woche mehrmals Bibelstunden ab, in welchen sie nach Gesang und Gebet eine mit Rücksicht auf das Kirchenjahr ausgewählte Bibeltextstelle in gemeinverständlicher Weise nach ihrer Art besprechen und mit Beispielen belegen. Die Texte sind „einfach auszulegen und anzuwenden" (Ziff. I, 2 das.). In Orten, wo noch keine Gemeinschaft, kein Jünglings- und Jungfrauenverein besteht, haben sie darauf hinzuwirken, daß solche sich bilden und daß deren Glieder zur Erbauung und zum Gebet regelmäßig zusammenkommen (Ziff. I, 8 das.). Auch der Unterweisung der Kinder haben sie sich anzunehmen (Ziff. I, 4 das.). In diesen Dingen besteht nach der Evangelistenordnung in der Hauptsache die Tätigkeit der vom Verein angestellten Stadtmissionare und reisenden Brüder. Sie kann unmöglich als eine solche höherer geistiger oder wissenschaftlicher Art angesprochen werden.

In ihrer Tätigkeit unterstehen sie der Beaufsichtigung und Leitung des Vereins und haben den mündlichen und schriftlichen Weisungen des Vorstandes und insbesondere der Missionsinspektoren Folge zu leisten. Jeden Monat haben sie über ihre Tätigkeit dem Vorstand bzw. Missionsinspektor schriftlichen Bericht einzusenden. Ueber ihre Tätigkeit haben sie ein „genaues Tagebuch" zu führen. Der Monatsbericht soll ein genauer Auszug aus dem genau geführten Tagebuch sein, einen Ueberblick über die Tätigkeit des reisenden Bruders (Stadtmissionars) gewähren, indem er alles Beachtenswerte, was vorkommt, enthält, z. B. die gehaltenen Versammlungen, die gemachten Besuche, Erfahrungen usw. nach dem vorgeschriebenen Schema (Ziffer V, 2 a. a. O.). Daraus darf wohl mit Recht geschlossen werden, daß die vom Verein angestellten Stadtmissionar W. und der Reisebruder E. ihre Arbeit nicht selbständig „mit voller eigener Verantwortlichkeit" verrichten. Daß sie bei der „Einteilung der Arbeit und ihrer Zeit" eine gewisse Selbständigkeit haben, ist ebenso selbstverständlich wie notwendig.

Die Missionstätigkeit bildet sowohl bei W. wie bei E. unbestrittenermaßen den Hauptberuf. Da die vom Verein für innere Mission dem Stadtmissionar W. gewährte feste Vergütung jährlich den Betrag von 2500 M. nicht übersteigt, so ist Krankenversicherungspflicht begründet (§ 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO.).

Die sämtlichen von dem Verein für innere Mission angestellten Stadtmissionare und reisenden Brüder sind als Angestellte, deren Tätigkeit ihren Hauptberuf bildet, bei der Invalidenversicherung als Pflichtmitglieder angemeldet. Die frühere Leitung des Vereins hat die Invalidenversicherungspflicht anerkannt. Die jetzige Leitung des Vereins steht nach Mitteilung des Missionsinspektors zwar auf dem Standpunkt, daß ihre Angestellten nicht invalidenversicherungspflichtig sind, hat es aber trotzdem zugelassen, daß auch

die nach Uebernahme der Leitung des Vereins durch sie Angestellten der Invalidenversicherung als Pflichtmitglieder beitreten, um, wie die Eingabe des Missionarsinspektors sagt, die Einheitlichkeit in der Behandlung der unter der früheren und jetzigen Vereinsleitung Angestellten hinsichtlich der Frage ihrer Invalidenversicherungspflicht zu wahren. Vielleicht mag für diese Anschauung auch die Tatsache bestimmend gewesen sein, daß das Reichsversicherungsamt unterm 11. August 1906 (vgl. Amtl. Nachr. 1907 S. 431, Nr. 1303) in einem ähnlich gelagerten Falle einen Stadtmissionar mit 3000 M. Gehalt als Angestellten i. S. des § 14 Abs. 1 JVG. für invalidenversicherungsberechtigt erklärt hat. Die Voraussetzungen, unter denen Angestellte invaliden- und krankenversicherungspflichtig werden, sind die gleichen.

b)

Die vom Vorstande des Evang. Vereins gegen die vorstehende Entscheidung erhobene Beschwerde ist vom Oberversicherungsamt hinsichtlich des Stadtmissionars W. für begründet erachtet worden, aber nur deshalb, weil sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst, bei Berücksichtigung des Wertes einer freien Wohnung, 2500 M. übersteigt. Im übrigen ist die angefochtene Entscheidung gebilligt worden aus folgenden Gründen:

Darin ist die Beschlußkammer dem Versicherungsamt beigetreten, daß die in Betracht kommenden Angestellten Stadtmissionar W. und Reiseprediger E. weder unter den Begriff der „Lehrer oder Erzieher" im Sinne der Bestimmung des § 165 Abs. 1 Ziff. 5 RVO., noch weniger aber unter die „Arbeiter, Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge, Dienstboten" im Sinne der Bestimmung des § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. fallen und daß auch § 172 Ziff. 4 RVO. schon aus dem Grund auf dieselben keine Anwendung finden kann, weil sie „mehr als freien Unterhalt" für ihre Tätigkeit beziehen.

Aber auch darin stimmt die Beschlußkammer mit dem Versicherungsamt überein, daß die Tätigkeit der vom Verein angestellten Berufsarbeiter (Stadtmissionar und Reiseprediger) keineswegs die Voraussetzungen erfüllt, unter welchen von einer höheren mehr geistigen Tätigkeit gesprochen werden kann.

Die Schlußfolgerung, welche die angefochtene Entscheidung in dieser Beziehung gezogen hat, ... ist ebenso zutreffend wie die Darlegungen über die Art der Tätigkeit der Angestellten und sind auch durch die weitläufigen Ausführungen der Beschwerdeschrift keineswegs widerlegt. Wenn insbesondere eingewendet wird, daß die Tätigkeit der Angestellten im Ganzen, wie auch das Verhältnis der einzelnen Aufgaben zu einander nicht richtig bewertet sei, da die den Ausführungen der angefochtenen Entscheidung zugrunde liegende „Evangelistenordnung" als veraltet bezeichnet werden müsse, während in neuerer Zeit die Hauptaufgabe der Berufsarbeiter in Predigt und seelsorgerischer Tätigkeit bestehe und die übrigen Aufgaben im Vergleich hierzu mehr oder weniger in den Hintergrund getreten seien, so steht dieser Einwand weder im Einklang mit dem Wortlaut der doch auch erst in neuerer Zeit (1892) aufgestellten Satzung des Vereins, in denen § 3 die Aufgaben der Reiseprediger im wesentlichen übereinstimmend mit der Evangelistenordnung aufgeführt sind, noch auch ist dieser Einwand in Wirklichkeit völlig zutreffend (z. B. Schriftenverbreitung).

Auch die Berufung auf die Entscheidungen des Reichsversicherungsamts Amtl. Nachr. 1911 S. 520 Ziff. 1575, in der ein Prediger der Siebenten-Tags-Adventisten und die Entsch. Amtl. Nachr. J. und A. V. 1893 S. 100, 1894 S. 153, 1901 S. 185, in welchen jüdische Kultusbeamte kleinerer Gemeinden als nichtversicherungspflichtig auf dem Gebiete der Invalidenversicherung erklärt worden sind, geht fehl. Der Vorstand des Evang. Vereins für innere Mission übersieht dabei, daß für die Entscheidung der Frage, ob die Genannten eine höhere seelsorgerische Tätigkeit ausübten, der Nachdruck nicht so sehr auf die Art der Vorbildung für den Beruf, sondern darauf gelegt ist, daß jene Personen neben dem Halten von Predigten auch die Sakramente (Taufe und das Abendmahl) spenden, Religionsunterricht erteilen und die Angelegenheiten der Gemeinde leiteten, die jüdischen Kultusbeamten aber überwiegend mit Unterweisung jüdischer Kinder in einer fremden — hebräischen — Sprache und mit gottesdienstlichen Verrichtungen beschäftigt waren. Bei den Angestellten des Vereins liegt aber eine höhere geistige Tätigkeit nicht vor, sie verrichten keine der erwähnten Amtshandlungen, auch liegt ihnen die Leitung der Gemeinde nicht ob. Aus dem Umstand allein, daß sie Erbauungs- (Bibel-) stunden leiten und religiöse Vorträge halten, kann eine höhere geistige Tätigkeit noch nicht gefolgert werden. Auch der Umstand, daß die Angestellten ihre Tätigkeit unter einer etwa weniger weitgehenden Ueberwachung seitens des Missionsinspektors oder des Vereinsvorstandes ausüben, als in der angefochtenen Entscheidung angenommen ist, und daß sie manchmal von Geistlichen der Landeskirche angegangen werden und kirchliche Gottesdienste halten, vermag für die Beurteilung der Tätigkeit im allgemeinen nicht von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. Auch hat das Reichsversicherungsamt in einem im wesentlichen gleich gelagerten Falle ausgesprochen, daß ein Stadtmissionar der evangelischen Mission als Angestellter im Sinne des § 14 Abs. 1 Ziff. 1 JVG. zu erachten und deshalb bei einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2000 M. aber nicht über 3000 M. als versicherungsberechtigt zu

betrachten sei (vgl. Amtl. Nachr. 1907 S. 431 Ziff. 1303).

Da nun aber auch § 165 Ziff. 2 RVO. von anderen „Angestellten in ähnlich gehobener Stellung, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet", spricht, so müssen die für das Gebiet der Invalidenversicherung über die Versicherungspflicht derartiger Personen ausgesprochenen Grundsätze auch für das Gebiet der Krankenversicherung seit dem 1. Januar 1914 gleichmäßige Anwendung finden. . . (Hier folgt die Darlegung, daß W. nur wegen seines 2500 M. übersteigenden Arbeitsverdienstes nach § 165 Abs. 2 RVO. versicherungsfrei ist.)

Versicherungspflicht der Leichenträger.

Entsch. a) des Versicherungsamts der Stadt Berlin vom 3. Juni 1915; b) des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 27. November 1915.

a)

Die Leichenträger sind als vom Antragsteller (Gemeindekirchenrat) angestellte, gegen Entgelt beschäftigte Personen in untergeordneter Stellung anzusehen. Daher kommt es für die Frage nach ihrer Versicherungspflicht nicht darauf an, ob ihre Tätigkeit als Leichenträger ihren Hauptberuf bildet und wie hoch ihr Verdienst hieraus ist, was für Angestellte in gehobener Stellung gemäß § 165 Abs. 1, Ziff. 2 RVO. von Bedeutung ist. Ohne Belang ist, daß das Entgelt der Leichenträger in Gebühren besteht, die durch die Küsterei des Antragstellers von den Angehörigen der Verstorbenen eingezogen und den Leichenträgern übermittelt werden. Von vorübergehenden, versicherungsfreien Dienstleistungen im Sinne der oben genannten Bekanntmachung des Bundesrats, von welcher nur Ziffer 3 hier in Frage kommen könnte, kann ebensowenig bei den Leichenträgern des Antragstellers als bei den Hilfskirchendienern, Eheleuten H., die Rede sein, da das aus ihrer Tätigkeit bei dem Antragsteller erzielte Entgelt nicht als geringfügig, d. h. für den Lebensunterhalt nicht wesentlich anzusehen ist. Die in Rede stehenden Leichenträger und die Eheleute H. unterliegen daher auf Grund ihrer Beschäftigung bei dem Antragsteller der Versicherungspflicht.

b)

Das Versicherungsamt hat die Versicherungspflicht der bezeichneten Leichenträger und des Hilfskirchendieners H. sowie seiner Ehefrau zu Recht angenommen. Die Leichenträger müssen nach der Art ihrer Anstellung und ihrer Tätigkeit als Gehilfen des die Beerdigungen leitenden Gemeindekirchenrats angesehen werden; denn sie stehen zu ihm in einem Arbeitsverhältnis, welches die persönliche und wirtschaftliche Abhängigkeit mit sich bringt. Wenn sie auch daneben eine selbständige Tätigkeit als Handwerker ausüben, so ist doch ihre Tätigkeit als Leichenträger in Anbetracht des durchschnittlichen Jahresverdienstes von 900 M. nicht als eine von der Versicherungspflicht befreite vorübergehende Dienstleistung anzusehen. Wie schon das Versicherungsamt zutreffend hervorhebt, kann die Bekanntmachung des Bundesrats vom 17. November 1913, insbesondere die Vorschrift unter Nr. I, 3, auf ihr Beschäftigungsverhältnis keine Anwendung finden. Ebensowenig bestehen Bedenken gegen die Annahme der Versicherungspflicht der Eheleute H.

C. Zur Unfallversicherung.

Krankenhilfe für Unfallverletzte in den ersten 13 Wochen (573 RVO.), auch vor Ablauf der Wartezeit nach § 451 RVO.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 26. Juli 1915 (2088 Amtl. Nachr. 1915 S. 669).

Es ist zwar richtig, daß, wie das Versicherungsamt ausgeführt hat, ein Anspruch auf Krankenhilfe bei Erkrankungen, die vor Ablauf einer nach gesetzlicher Vorschrift in der Kassensatzung bestimmten Wartezeit eintreten, im allgemeinen nicht besteht (zu vgl. Hoffmann, Anm. 2 zu § 207 RVO.). Dieser Grundsatz erleidet aber eine Ausnahme bei Unfallerkrankungen der auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit Versicherten, die der gewerblichen Unfallversicherung unterstehen. Denn § 573 Abs. 1 RVO. schreibt vor, daß solchen Verletzten, wenn sie „gegen Krankheit versichert" sind, während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall Krankenhilfe von den Krankenkassen zu gewähren ist; die nicht auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versicherten Unfallverletzten sind während dieser Zeit nach § 577 von anderen Verpflichteten, in der Regel nach Abs. 1 des § 577 von dem Unternehmer zu entschädigen. Der Gesetzgeber unterscheidet hier bei Feststellung des zur Gewährung der Krankenhilfe Verpflichteten also lediglich zwischen versicherten und nichtversicherten Verletzten. Er macht im § 573 und § 577 die Leistungspflicht nicht etwa davon abhängig, ob der Unfallverletzte auch bei sonstigen, nicht durch einen Unfall veranlaßten Erkrankungen einen „Anspruch" auf Krankenhilfe hat. Diese Feststellung würde unter Umständen lediglich auf dem Gebiete der landwirtschaftlichen Unfallversicherung von Bedeutung sein;

denn nach dem Wortlaut des § 943 Abs. 1 Nr. 1 hat die nach § 942 bei Unfallerkrankungen verletzter landwirtschaftlicher Arbeiter während der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall entschädigungspflichtige Gemeinde nicht einzutreten, soweit der Verletzte insbesondere auf Grund der Krankenversicherung „Anspruch" auf Krankenhilfe hat. Im Gegensatze hierzu wird bei Verletzten, die, wie der Kläger, der gewerblichen Unfallversicherung unterstehen, die Leistungspflicht der Krankenkasse in § 573 Abs. 1 Satz 1 lediglich an die Tatsache des Versichertseins bei der Kasse, und nicht auch an die weitere Voraussetzung geknüpft, daß der Verletzte gegen die Kasse allgemein auch einen Anspruch auf Krankenhilfe hat. Es ist also nicht § 577 anzuwenden, sondern die Krankenkassen sind bei Unfallerkrankungen gewerblicher Arbeiter entschädigungspflichtig, wenn der Verletzte zwar gegen Krankheit versichert war, aber Krankenhilfe wegen Bestimmung einer Wartezeit bei den vor Ablauf der Wartezeit eintretenden Erkrankungen, die nicht Unfallfolge sind, von der Kasse nicht beanspruchen konnte. Daß diese zunächst aus der Wortfassung der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften abgeleitete Auslegung auch der Absicht des Gesetzgebers entspricht, ergibt sich unzweifelhaft aus der Begründung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung. Dort wird auf S. 296 ausgeführt: „Die Krankenkasse (knappschaftliche Kasse oder Ersatzkasse) hat die im § 593 (573 RVO.) bezeichneten Leistungen — vorbehaltlich ihres Rückgriffs aus § 596 (576 RVO.) wegen der Mehrleistungen — auch dann voll zu gewähren, wenn Personen zwar gegen Krankheit versichert sind, aber das Recht auf die Leistungen der Krankenversicherung erst nach Ablauf einer gewissen Zeit erwerben (§§ 220, 479)", jetzt §„ 207 und 451 RVO.

Geisteskrankheit als Unfallfolge.

Entsch. des Oberversicherungsamts Mannheim vom 14. Oktober 1915 (III 37/15).

Die Spruchkammer hat auf Grund des Inhalts der Akten der Berufsgenossenschaft, insbesondere der Angaben des Betriebsunternehmers und des äußerst eingehenden, nach jeder Richtung schlüssigen Gutachtens des Nervenarztes Dr. F. folgenden, in tatsächlicher Richtung ja auch von der Berufsgenossenschaft nicht angegriffenen Sachverhalt als erwiesen angenommen: Der mit einem Jahreseinkommen von 2400 M. bei Zimmermeister B. angestellte Geschäftsführer L. war vor dem Krieg lediglich als Buchhalter tätig. Zu Kriegsbeginn mußte sein Arbeitgeber einrücken. L. mußte nun den ganzen Geschäftsbetrieb, nicht nur den kaufmännischen, sondern auch den technischen Teil allein als Nichtfachmann weiterführen. Dieser Aufgabe war der von Natur aus schwächliche, ängstliche und sorgenvolle, hereditär psychopathisch veranlagte Mann nicht gewachsen. Die Kriegsereignisse und die damit an ihn herantretende Belastung mit geschäftlicher Ueberanstrengung, Sorge und Aufregung brachten seine Melancholie, Angst und Unruhe vollends zum Ausbruch und lösten die in ihm schlummernde Psychose, die in normalen Zeiten vielleicht überhaupt nicht oder erst um Jahre später in Erscheinung getreten wäre, aus. Im Begriff, am 26. August 1914 von seiner Wohnung ins Geschäft zu gehen, brach er in seiner Wohnung erschöpft zusammen und mußte sofort die ärztliche Hilfe des Dr. F. in Anspruch nehmen. Nach dreimonatiger Dauer führte die Psychose am 22. Oktober 1914 zum Tod. Dr. F. beurkundet wörtlich:

„Ich selbst habe den Mann erst gesehen, als die Seelenstörung schon nahezu voll entwickelt war und sie wird kaum länger als eine Woche oder den Bruchteil einer solchen vorher schon bestanden haben. Immerhin geschah sicher der Uebergang zur ausgebildeten Psychose stufenweise, wenn auch gewiß ziemlich rapid. *Also wahrscheinlich ist es, daß die eigentliche Psychose sich innerhalb weniger Tage, ja vielleicht eines Tages, herausgebildet hat.*"

Bei rechtlicher Beurteilung des Falles ist zunächst, unbestritten von der Berufsgenossenschaft, die Versicherungspflicht des L. zu bejahen. Als kaufmännischer Angestellter unterlag er zwar der Versicherung nicht, von Kriegsbeginn an aber war er, wie bereits gesagt, nicht nur gelegentlich oder nebenher, sondern ebenso sehr, wenn nicht mehr mit dem technischen Teil des Betriebs neben seinen kaufmännischen Verrichtungen betraut, was zur Bejahung der Versicherungspflicht genügt. (Amtl. Nachr. 1891 S. 240 Ziff. 1018.)

Was weiter die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen Körperverletzung (worunter ja rechtlich unbestritten auch Störung der seelischen Funktionen fällt) und Unfall betrifft, so unterliegt es keinem Zweifel, daß, *wenn* die Unfallfrage als solche bejaht wird, was besonderer Prüfung im Nachstehenden vorbehalten bleibt, auch der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Körperverletzung zu bejahen ist, da der Kausalzusammenhang ja nach rechtlich ebenfalls unbestrittenen Grundsätzen nicht dadurch unterbrochen wird, daß zu dem Unfall andere Nichtunfallmomente hinzutreten (Krieg einerseits, vorhandenes Leiden andererseits). Was nun die Frage des Unfalls als solchen betrifft, so erfordert er nach der konstanten Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts ein plötzliches, d. h. in einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis. Als äußerste Grenze ist dabei noch neuerdings vom Reichsversicherungsamt (Amtl. Nachr. 1914 S. 620) ein Zeitraum von einigen Stunden, höchstens aber eine Arbeitsschicht als dem Er-

forderniß der Plötzlichkeit noch genügend angesehen worden. Verlangt man nun formal den Nachweis, **welches** Betriebsmoment als die Ursache der ausgelösten Psychose anzusehen ist und zu **welchem** Zeitpunkt sie eingetreten ist, so müßte zweifellos Klageabweisung erfolgen, da einerseits **der** Moment, an welchen die Erkrankung selbst plötzlich in Erscheinung trat — Zusammenbruch in der Wohnung am 26. August 1914 — völlig belanglos (Handb. der Unf.Vers. I S. 71 Ziff. 27 Satz 2), anderseits der Nachweis eines „certum momentum" hier wie in der Mehrzahl ähnlicher Fälle überhaupt nicht zu erbringen ist. Diesen Formalnachweis verlangt aber auch das Reichsversicherungsamt nicht. Es führt vielmehr wörtlich aus:

„Das Gesetz bietet für eine genaue Begrenzung des Zeitraumes, innerhalb dessen die schädigende Einwirkung auf den Körper, sofern sie als Betriebsunfall gelten soll, vollzogen, d. h. entstanden und beendet sein muß, keinen Anhalt, wie es ja auch in bezug auf die Feststellung des kausalen Zusammenhanges zwischen Unfall und Betrieb bestimmte Normen vermissen läßt, nach welchen in einheitlicher Weise eine Bedingung des Erfolges unter allen anderen in der Kausalreihe liegenden Bedingungen herausgehoben und als „Ursache" (im Rechtssinne) bezeichnet werden könnte. Die genaue Festlegung des Kausalbegriffes scheitert eben an der Unmöglichkeit, objektive Kriterien für eine entscheidende Norm zu gewinnen, da offenbar die Heraushebung einer Bedingung des Erfolges unter den übrigen ihren Grund nicht in der Sache selbst, sondern in dem Standpunkte und Interesse hat, von dem der das kausale Verhältnis Betrachtende ausgeht (zu vgl. Rekursentsch. 1162, Amtl. Nachr. 1892 S. 321). Das Gleiche trifft nun auch für die Feststellung der zeitlichen Eigenschaft des Unfallbegriffs zu. Jede scharf begrenzte Festlegung des Unfallbegriffs nach seiner zeitlichen Seite hin muß notwendig eine willkürliche bleiben, denn auch hier können die Gründe für eine normative Zeitbegrenzung nicht aus der Sache selbst oder aus inneren Notwendigkeiten hergeleitet, sondern lediglich aus dem äußeren praktischen Bedürfnisse der Verwaltung und Rechtsprechung entnommen werden. Wenn man sich in der Rechtsprechung gewöhnt hat, als Bedingung für die Anerkennung des Betriebsunfalls den Nachweis zu fordern, daß die schädigende Einwirkung auf den Körper des Betroffenen auf ein in einen „verhältnismäßig kurzen" Zeitraum eingeschlossenes Ereignis zurückzuführen sein müsse, so kann in diesem Notbehelf nur eine annähernde, nicht aber eine faktische und radikale Lösung der Schwierigkeiten gefunden werden. Wenigstens bietet diese Begriffsbestimmung keinen Maßstab dar, der auf alle vorkommenden Fälle eine gleichmäßige und zweifelsfreie Anwendung finden könnte. Hierzu würde es vorher einer genauen Kennzeichnung dessen bedürfen, was nun unter einem „verhältnismäßig kurzen Zeitraum" verstanden werden soll. Da nun eine genaue Definition dieses Begriffs, wie vorhin dargelegt, willkürlich sein würde und auch aus anderen Gründen nicht angängig erscheint, so wird in jedem konkreten Falle nach den vorhandenen Umständen geprüft werden müssen, ob die schädigende Einwirkung des äußeren Tatbestandes auf den Körper in einem als für sich genügend abgegrenzt erkennbaren Zeitraum vollendet gewesen ist. Es wird daher ein Unfall in denjenigen Fällen als vorliegend anzunehmen sein, in welchen sich eine — entweder sofort hervorgetretene oder erst später, jedoch in nachweisbarem kausalen Zusammenhange mit jenem zeitlich begrenzten Ereignisse erkennbar gewordene — Störung der Gesundheit als eine nicht gewöhnliche Folge der Betriebstätigkeit darstellt. Die Beklagte geht demnach zu weit, wenn sie die Plötzlichkeit der Einwirkung im Sinne des Momentanen zur Bedingung für die Anerkennung des Betriebsunfalls gemacht wissen will. Folgt man ihr aber auch auf diesen Boden, so ergibt sich bei näherer Betrachtung, daß auch in dieser Richtung keine Tatumstände vorliegen, welche zu einer Abweisung des klägerischen Anspruchs führen könnten. Denn schon die Feststellung, daß die Einwirkung plötzlich — zu irgend einem bestimmten Zeitpunkte (quodam, nicht certo momento) — vollzogen, d. h. entstanden und beendet gewesen sein muß, genügt, um einen Unfall zu konstatieren, während die genaue Kenntnis, wann dieser Moment gewesen ist, für den Richter nach dieser Hinsicht jedenfalls ohne Bedeutung bleibt. So wird man beispielsweise einem Bergmann, der bei einer längere Zeit andauernden Schießarbeit einen Trommelfellriß und damit eine Gehörstörung erlitten hat, die gesetzliche Fürsorge auch dann nicht versagen dürfen, wenn es an dem genauen Nachweise dafür fehlt, welcher einzelne der abgegebenen Sprengschüsse die Ursache jener Gesundheitsstörung gewesen, und zu welchem Zeitpunkte sie eingetreten ist, sondern es muß die Feststellung ausreichen, daß überhaupt eine akute Einwirkung der Schallwellen die erwähnte Störung der Körperintegrität bewirkt hat (zu vgl. auch die in dem Handb. der Unf.Vers. Anm. 34 zu § 1 des Unf.Vers.Ges. erwähnte Rekursentscheidung vom 15. Juni 1891, in welcher ein Betriebsunfall als vorliegend angenommen wurde bei einem Fuhrmann, der unterwegs eingeschlafen war und sich dabei infolge der abnormen Wirkung der herrschenden Kälte die Füße erfroren hatte)."

Geht man von diesen in den Amtl. Nachr. 1895 S. 152/153 entwickelten Grundsätzen aus, die wohl unbestritten ebenso sehr dem Bedürfnis des Soziallebens wie dem Geist des Sozialrechts gerecht werden, aus, so ist zu sagen: 1. **Daß** die Psychose sich als nicht gewöhnliche Folge der Betriebstätigkeit darstellt, ist auf Grund der klar zu Tage liegenden tatsächlichen Verhältnisse und der überzeugenden ärztlichen Darlegungen wohl keines weiteren Beweises bedürftig. Die Betriebstätigkeit war zufolge des Kriegs eine ungewöhnliche. In weit höherem Maße als die allgemeine Aufregung durch den Krieg, hat gerade der Zwang der Arbeitslast und die technische Tätigkeit, welch beiden L. nicht gewachsen war, ihn körperlich und geistig so erschöpft, daß der Zusammenbruch erfolgen **mußte**. 2. **Welcher** einzelne Arbeitstag, welche einzelne Betriebstätigkeit die Ursache der Arbeitslast und die technische Tätigkeit, welch beiden L. nicht gewachsen war, ihn körperlich hier ebenso wenig wie in obigem Beispiel der reichsversicherungsamtlichen Ausführungen festge-

stellt werden, hier wie dort aber muß die auf überwiegender Wahrscheinlichkeit beruhende Feststellung genügen, daß überhaupt eine akute Einwirkung der technischen Betriebstätigkeit (nicht der kaufmännischen, denn der letzteren war L. ja gewachsen) stattgefunden und in nicht von der Hand zu weisendem (vgl. die Ausführungen des Dr. F.) eintägigem Verlauf die eigentliche Psychose herausgebildet hat.

Damit aber sind die Voraussetzungen der Unfallentschädigung erfüllt.

Löschhilfe beim Brande eines landwirtschaftlichen Wohnhauses als versicherte Tätigkeit.

Rek.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 20. März 1915 (2832 Amtl. Nachr. 1915 S. 744).

Die Wohn- und Wirtschaftsgebäude des Eigentümers T. standen miteinander in enger Verbindung; sie befanden sich teils unter einem Dache, teils waren sie unmittelbar aneinandergebaut. Auch wurden verschiedene Räume des Wohnhauses, z. B. der neben dem Wohnzimmer gelegene Raum wie auch der darüber befindliche, zur Lagerung von Getreide oder zur Aufbewahrung von Fleischvorräten benutzt und dienten damit landwirtschaftlichen Zwecken. Der Eigentümer T. hat einen Grundbesitz von 12 Hektar, hält 2 Pferde, 8 Stück Rindvieh und 9 Schweine und bezieht ein Jahreseinkommen von etwa 1600 M. aus seiner Landwirtschaft; er bewirtschaftet diese zusammen mit seiner Frau, seiner Mutter und einem Knechte. Da der landwirtschaftliche Betrieb die Grundlage für den Unterhalt des T. und seiner in ihm mittätigen Familienangehörigen und zugleich ihr hauptsächlichstes Arbeitsfeld bildet, handelt es sich um einen kleinbäuerlichen Betrieb; die Beschäftigung des Knechtes steht dem nicht entgegen, denn in der Hauptsache waren der Unternehmer und die Familienangehörigen in dem Betriebe tätig. Wie in einem solchen Betriebe die Land- und die Hauswirtschaft regelmäßig ineinander übergreifen und die einzelnen land- und hauswirtschaftlichen Arbeiten sich meistens in einem schwer trennbaren Zusammenhange zueinander vollziehen, so gehören, wenn in einem derartigen Anwesen Feuer ausbricht, auch die gesamten Rettungsarbeiten zur Landwirtschaft. Es ist nicht angängig, zwischen den einzelnen Räumen und den einzelnen Gegenständen, auf die sich die Rettung erstreckt, zu unterscheiden; die Rettungshandlungen stellen sich vielmehr in ihrer Gesamtheit als landwirtschaftliche Betriebsarbeiten dar. Der Kläger, der dem Arbeiterstand angehört, ist demnach bei Ausführung der Rettungsarbeiten als Arbeiter im landwirtschaftlichen Betriebe des T. anzusehen; die Tatsache, daß er ohne besondere Aufforderung des Unternehmers sich beim Retten beteiligte, ist unerheblich, denn seine Mithilfe war nach der Erklärung des T. vor dem Gemeindevorsteher zweckmäßig. Er durfte auch annehmen, daß seine Beteiligung bei den Rettungsarbeiten dem Willen und den Interessen des T. entsprechen würde.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Gewährleistung der Anwartschaft auf Ruhegeld (§ 1234 RVO) durch den Staatsvoranschlag?

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 21. September 1915.

Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts H. vom 26. Oktober 1914 hat das Großh. Badische Ministerium der Finanzen in Karlsruhe Beschwerde beim Oberversicherungsamt eingelegt mit dem Antrag, die R. H. vom 1. Juli 1914 ab für versicherungsfrei zu erklären und die Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abzugeben. Diesem Antrag ist entsprochen worden. Das Reichsversicherungsamt hat zunächst die R. H. zur Sache gehört und ferner bei dem Großherzogl. Ministerium der Finanzen angefragt, wieviele Maschinenschreiberinnen bei den dem Großh. Ministerium unterstehenden Dienststellen beschäftigt werden, wievielen davon die Beamteneigenschaft verliehen ist, ob inzwischen Maschinenschreiberinnen etatmäßig angestellt worden sind und bejahendenfalls mit welchem Dienstalter, ob bei der Besetzung etatmäßiger Stellen im Geschäftskreis des Großh. Ministeriums der Finanzen der dienstälteste nicht etatsmäßige Beamte bei den ihm unterstellten Behörden berufen wird oder ob, wenn im Geschäftskreis anderer Ministerien gleichartige dienstältere Beamte vorhanden sind, diese zunächst berücksichtigt werden und infolgedessen in den Geschäftskreis des Großherzoglichen Ministeriums der Finanzen übertreten und ob entsprechend auch im Geschäftskreis der andern Ministerien verfahren wird. Nach Eingang der Auskunft hat das RVA. die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Da das Großh. Finanzministerium zu Karlsruhe mit der Beschwerde die Anerkennung der Versicherungsfreiheit der R. H. nur mehr für die Zeit vom 1. Juli 1914 ab beansprucht, so war die Entscheidung auf diese Frage zu beschränken. Zu dem genannten Zeitpunkt war gegenüber der früheren Zeit insofern eine Aenderung eingetreten, als in dem Staatsvoranschlag 1914/15 erstmalig eine Anzahl etatmäßiger Stellen für Maschinenschreiberinnen vorgesehen war. Indessen ist dieser Umstand für die Entscheidung ohne Belang, denn von diesen Stellen entfällt keine auf den Geschäftsbereich des Großh. Badischen Finanzministeriums. Nach dem Schreiben dieser Behörde vom 25. Juni 1915 findet eine Uebertragung der etatmäßigen

Stellen zwischen dem Finanzministerium und den übrigen Ministerien nicht statt. Vielmehr bilden die dem Finanzministerium unterstehenden Dienstzweige der Finanzverwaltung und der Eisenbahnverwaltung je eine Gemeinschaft, innerhalb deren die etatmäßige Anstellung der nicht etatmäßigen Beamten nach Maßgabe des Dienstalters erfolgt. Unter diesen Umständen besitzt die R. H. jedenfalls zur Zeit eine gesicherte Anwartschaft auf die im § 1234 der Reichsversicherungsordnung angegebenen Bezüge nicht. Denn wenn auch die Absicht besteht, für den Dienstzweig der Eisenbahnverwaltung in einem der nächstjährigen Staatsvoranschläge gleichfalls etatmäßige Stellen für Maschinenschreiberinnen vorzusehen, so reicht das doch nicht aus, um die Annahme einer genügend gesicherten Anwartschaft auf Erlangung einer mit Ruhegeldberechtigung ausgestatteten Stelle zu begründen. Das Versicherungsamt hat daher die Versicherungspflicht der R. H. mit Recht bejaht.

Sprechsaal.

Aufwendung von Mitteln der Krankenkasse zur Fürsorge für Kriegsinvaliden.

Im Königreich Sachsen besteht zur Fürsorge für Kriegsinvaliden eine Stiftung „Heimatdank", der Ortsvereine gleichen Namens angeschlossen sind. Einzelne Krankenkassen haben beschlossen, aus Kassenmitteln eine einmalige Spende zur Stiftung zu gewähren oder auch mit einem laufenden Jahresbeitrage dem Ortsvereine beizutreten. Es sind Zweifel entstanden, ob dies zulässig ist.

Zweck der Stiftung ist nach der Satzung: „Die reichsgesetzliche Versorgung der Kriegsinvaliden und Kriegshinterbliebenen durch soziale Fürsorge zu ergänzen" (§ 1). Erstrebt wird, „daß der Invalide die wirtschaftliche Selbständigkeit wieder erlangt und dadurch das Bewußtsein behält, ein nützliches, vollberechtigtes Glied unseres Volkes zu sein. Als Mittel kommen hauptsächlich in Betracht: Berufsberatung, Berufsausbildung, Arbeitsvermittlung und Auskunft über Versorgungsansprüche. Nötigenfalls können auch Geldunterstützungen oder andere Zuwendungen, insbesondere für ein Heilverfahren gewährt, Invalide, die ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen können, in Familien oder Heimen untergebracht werden" (§ 4).

Bei Berücksichtigung dieser Zwecke der Stiftung und der Vereine sind Zuwendungen an sie aus Kassenmitteln nur dann für zulässig zu erachten, wenn anzuerkennen ist, daß die Kasse damit „allgemeine Zwecke der Krankheitverhütung" im Sinne des § 363 Abs. 1 RVO. verfolgt. Das Wort „allgemeine" drückt hier den Gegensatz zu „besonderen" Maßnahmen aus, die nur einem einzelnen Kassenmitgliede, nicht auch der Gesamtheit oder einem größeren Kreise der Mitglieder dienen (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 1d zu § 363, Entsch. des RVA. 2097 Amtl. Nachr. 1915 S. 682, Arb.-Vers. 1915 Heft 36 S. 853). Unbedenklich würden hiernach die fraglichen Zuwendungen für zulässig zu erachten sein, wenn sie nur Kassenmitgliedern zustatten kämen. Denn die bezeichneten Zwecke der Stiftung und der Vereine zielen auf körperliche und seelische Erstarkung der Bedachten ab und fördern dadurch ihre Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheitsursachen aller Art. Aber die Stiftungs- und Vereinsmittel sollen den Kriegsinvaliden schlechthin, also auch solchen, die keiner Krankenkasse angehören, zustatten kommen. Dennoch werden Beiträge der Kassen hierzu nicht als unzulässig gelten können. Der Wortlaut des § 363 („für allgemeine Zwecke der Krankheitverhütung") enthält keine dieser Auffassung entgegenstehende Beschränkung, und der Antrag, auf dem diese uneingeschränkte Fassung beruht, wurde gerade damit begründet, daß auch Maßnahmen „im Interesse der Allgemeinheit" zulässig sein müßten (Komm.Ber. II S. 263; Hahn a. a. O.). Dabei ist an Aufwendungen zu denken, die dem Interesse eines über den Mitgliederkreis der Kasse hinausreichenden, aber doch zugleich mindestens einen erheblichen Teil der Mitglieder mitumfassenden Kreises von Personen dienen. Das trifft hier zu. Viele der Kriegsinvaliden, denen die Fürsorge der Stiftung und der Vereine gilt, werden Mitglieder der Kassen sein; andere können es jederzeit durch Ergreifen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung werden. Die Kassen aber haben ein dringendes Interesse daran, daß nicht mangelhaft wiederhergestellte und unzureichend versorgte Invaliden vorzeitig eine versicherungspflichtige Beschäftigung ergreifen und dann allzubald und allzuhäufig wieder erkranken und die Kassenleistungen in Anspruch nehmen. Dem beugt die Fürsorge der Stiftung und der Vereine vor und diesem „allgemeinen Zwecke der Krankheitverhütung" dienen daher auch die Zuwendungen der Krankenkassen. Deshalb sind sie nach § 363 Abs. 1 RVO. für zulässig zu erachten, sowohl in der Form einmaliger Spenden als auch in der Gestalt laufender Beiträge, die eine Kasse als Mitglied eines Ortsvereins zu zahlen übernimmt. Voraussetzung ist dabei, daß die Spenden oder die Beiträge, wie alle derartige Aufwendungen der Kasse, sich, bei gebührender Berücksichtigung der ihr zu Gebote stehenden Mittel, in den Grenzen vernünftiger Verwaltungsgrundsätze halten. Hierüber zu wachen ist Sache der Aufsichtsbehörde nach §§ 30, 31 RVO. Es wird daher, wenngleich eine eigentliche Genehmigung derartiger Ausgaben durch die Aufsichtsbehörde nicht vorgeschrieben ist, zweckmäßig sein und die Organmitglieder vor Haftbarmachung aus § 23 RVO. schützen, wenn die Kasse, ehe sie die Ausgaben bewilligt, sich des Einverständnisses des Versicherungsamts versichert.

Ist zur Gewährung von Teuerungszulagen an die Krankenkassen-Angestellten eine Aenderung der Dienstordnung nötig?

Die allgemeine erhebliche Verteuerung der Lebenshaltung hat veranlaßt, daß wohl fast bei jeder Krankenkasse die Angestellten mit der Bitte um Gewährung von Teuerungszulagen an den Kassenvorstand herangetreten sind. Erfreulicherweise haben mit nur geringen Ausnahmen die Kassenorgane Verständnis für diese Notwendigkeit gezeigt. So sind derartige Teuerungszulagen gewährt worden bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen in Bremen, Danzig, Düsseldorf, Jena (Verheiratete 20 M., Ledige 10 M. monatlich), Konstanz, Oldenburg, Darmstadt, Forst, Freiberg, Guben, Mannheim, Ludwigshafen, Oschatz (20 M. monatlich), Straßburg, Worms, Neukölln, Charlottenburg, Barmen, Coschütz, Duisburg, Elberfeld (männliche Angestellte 10 M., weibliche 7,50 M. monatlich), Weimar, Apolda, Chemnitz, Magdeburg (einmalig den männlichen Angestellten 50 M., den weiblichen 30 M.), Ulm (12 M. monatlich), Zeitz (einmalig 50 M.), Lichterfelde, Cottbus, Kreuznach (Verheiratete 15 M., Ledige 5 M. monatlich), Schweinfurt, Uetersen usw. In Berlin gewähren fast alle Kassen (wie die der Gürtler, Buchbinder, Buchdrucker usw.) Teuerungszulagen.

Bei den vielfachen einschlägigen Verhandlungen ist wiederholt die Frage aufgetaucht, ob die Gewährung solcher Teuerungszulagen eine Aenderung der Dienstordnung bedinge, zu deren Inhalt ja auch ein „Besoldungsplan" gehört (§ 353 RVO.). Die Musterdienstordnung enthält auch einen solchen Plan, der die Angestellten nach ihrer Beschäftigung in Klassen einteilt, für die das Grundgehalt, die Dienstalterszulagen und das Höchstgehalt festzusetzen ist. Ich meine, daß vorübergehende (einmalige oder sonst zeitlich begrenzte) Teuerungszulagen Aenderung der Dienstordnung nicht erfordern. Das Gesetz spricht nur vom Besoldungs„plan", der durch beschränkte Zulagen nicht verändert wird. Nach § 352 regelt die Dienstordnung nur die „allgemeinen" Dienstverhältnisse. Innerhalb dieses Rahmens muß den Kassenorganen Betätigung ihres Selbstverwaltungsrechts zugestanden werden. Man wollte nur allgemeine Richtlinien festgestellt wissen, wie aus dem Bericht der Reichstagskommission, die den Besoldungsplan überhaupt erst eingefügt hat, hervorgeht (Komm.-Ber. II, S. 257, 259).

Auf diesem Standpunkt steht auch der Verband der Bureauangestellten (Sitz Berlin), der in einigen Rundschreiben darauf hinwies. Infolgedessen ist auch bei der übergroßen Mehrzahl der oben angeführten Kassen die Teuerungszulage nur auf Vorstands- (oder höchstens Ausschuß-) Beschluß hin eingeführt worden*). Auch der Vorstand des Hauptverbandes der Ortskrankenkassen (Dresden) scheint diese Ansicht zu teilen, daß zu den Teuerungszulagen eine formgerechte Aenderung der Dienstordnung nicht nötig ist. Er teilte aber gleichwohl einer anfragenden Kasse mit, daß einige Oberversicherungsämter Schwierigkeiten bereitet hätten. Um diese zu vermeiden, sei es besser, gelegentlich eine Aenderung der Dienstordnung vorzunehmen, nach der dem Kassenvorstand allgemein das Recht eingeräumt wird, in außergewöhnlichen Fällen geringe Abweichungen von dem Besoldungsplan vorzunehmen.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Halle wollte auch nachträglich eine entsprechende Aenderung der Dienstordnung vornehmen. Der Ausschuß beschloß einen Zusatz, wonach der Vorstand das Recht hat, während des Krieges von der Dienstordnung abzuweichen, sowohl hinsichtlich der Weiterzahlung des Gehaltes in Behinderungsfällen (Einberufung überhaupt), der Höhe der Dienstalterszulage, als auch der Höhe des Endgehaltes. Die Abänderung wurde dem zuständigen Versicherungsamt zur Herbeiführung der Genehmigung des Oberversicherungsamtes eingereicht. Das Versicherungsamt gab aber die Sache wieder an die Kasse zurück mit dem Bemerken, daß für die beabsichtigten Zwecke eine Aenderung der Dienstordnung nicht nötig sei. Die Zulagen werden nun ohne diese Aenderung gewährt.

Auch in München beschäftigte sich der Ausschuß der Allgemeinen Ortskrankenkasse mit der Frage. Es lag ein Antrag zur Ergänzung der Dienstordnung vor, nach dem den Angestellten wegen der Teuerung vorübergehende Gehaltszulagen gewährt werden sollen. Der Antrag wurde von den Versicherten-Vertretern angenommen, von den Arbeitgeber-Vertretern aber abgelehnt. Die Sache ging zur Entscheidung an das Oberversicherungsamt, das auf Grund des § 355 Abs. 3 RVO. bestimmte, daß § 10 der Dienstordnung folgenden Absatz erhält: „Vom 1. Juni 1915 bis 31. Dezember 1915 erhalten die Angestellten Teuerungszulagen nach folgenden Grundsätzen: An den Teuerungszulagen nehmen nur verheiratete und solche ledige Angestellte teil, die Unterhaltspflicht haben und deren Erfüllnug nachweisen. Verwitwete, geschiedene oder getrennt lebende Angestellte werden, wenn sie Unterhaltspflicht für eigene Kinder haben, den Verheirateten, wenn sie Unterhaltspflicht für sonstige Angehörige haben, den ledigen Angestellten mit Unterhaltspflicht gleichgestellt. Die Teuerungszulagen berechnen sich folgendermaßen: Bei Angestellten mit weniger als 2000 M. Jahresgehalt beträgt die monatliche Zulage bei Verheirateten 12 M., bei Ledigen 174,10 M. Bei verheirateten Angestellten mit Jahresgehalt wird der Monatsgehalt aufgebessert bei Verheirateten auf 178,60 M., bei Ledigen auf 174,10 M. Bei Verheirateten Angestellten mit einem Jahresgehalt von 2000 bis 2519 M., die mehr als zwei Kinder unter 16 Jahren haben, beträgt die monatliche Teuerungszulage 6 M., der aufgebesserte Monatsgehalt darf jedoch nicht unter 178,60 M. zurückbleiben und 210 M. nicht übersteigen."

Die Arbeitgeber-Vertreter hatten ihre Zustimmung zu den Zulagen schon im Vorstand nicht gegeben; sonst hätte sich das Oberversicherungsamt nicht mit der Angelegenheit zu beschäftigen brauchen. Der Vorgang kann also nur dann als Beweis dafür angesehen werden, daß auch das Oberversicherungsamt Teuerungszulagen für nötig hält, nicht aber dafür, daß unbedingt eine Aenderung der Dienstordnung nötig ist, wenngleich dieser Weg beschritten werden kann.

Fr. Kleeis.

*) Die Befassung des Ausschusses mit der Frage dürfte wegen § 345 Abs. 2 Ziff. 2 RVO. geboten sein. Getrennte Abstimmung ist nicht erforderlich.

Literarisches.

Jahrbuch der Angestelltenversicherung. Schriftleitung: W. Stiel und E. Steinitzer. Industriebeamten-Verlag G. m. b. H. Berlin.

Das Jahrbuch erscheint in vier Heften zu je 1½ M. Von dem laufenden achten Jahrgange (1914/15) liegt uns das „Kriegsheft" vor. Es enthält: einen Aufsatz von Dr. E. Steinitzer „Der Krieg und die Angestellten"; dann „Dokumente zur Sozialpolitik", nämlich die aus Anlaß des Krieges ergangenen Verordnungen, Erlasse usw., betreffend allgemeine Sozialpolitik, militärische Sozialpolitik, Sozialversicherung, Angestelltenversicherung und gewerblichen Rechtsschutz; dann „Soziale Rundschau" mit Aufsätzen von S. Aufhäuser über Kriegssozialpolitik, Dr. K. v. Mangoldt über Wohnungswesen, M. Dösmar über Technische Mittelschulen; schließlich eine „Spruchpraxisbeilage", enthaltend Uebersichten über die Rechtsprechung auf den Gebieten des Dienstvertrages (von Warschauer) und des Arbeiterversicherungsrechts (von Seelmann). — Der reiche Inhalt, die Gediegenheit der Aufsätze, die übersichtliche Zusammenstellung der Dokumente und die sachkundige Auswahl der wichtigsten Entscheidungen sind die beste Empfehlung für das Jahrbuch.

Führer durch die Militär-Versorgungsgesetze, Arbeiterversicherung, Kriegswochenhilfe usw. Bearbeitet von H. Kirchner. Verlag von Christ u. Herr, Gießen 1915. Preis 20 Pf.

Was man von der Kriegs- und Friedensversorgung für die Mannschaften usw. wissen muß. Von Dr. A. Saltzgeber und Dr. H. Heyers. Berlin, Germania, Aktien-Gesellsch. für Verlag u. Druckerei. Preis 20 Pf. (in Partien billiger).

Zwei jener jetzt so zahlreich erscheinenden Hilfsbüchlein, welche die Beteiligten in bündigster Form über das Wichtigste, was ihnen auf den bezeichneten Gebieten zu wissen nottut, unterrichten.

Wochenzähler der Invaliditäts- und Altersversicherung. Verlag von A. Spieß, Saarbrücken. Zweite erweiterte Auflage. Preis 1,20 M.

Arbeitgeber oder Beamte müssen die Quittungskarten Versicherter daraufhin prüfen, wieviel Marken sie enthalten müssen. Dabei muß die Zahl der Wochen, die seit einem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkte verflossen sind, ermittelt und unter Umständen bis auf den Geltungsbeginn der Invalidenversicherung zurückgegriffen werden. Für diese nicht selten recht umständliche Arbeit gibt das vorliegende Büchlein ein einfaches und zuverlässiges Mittel an die Hand. Es enthält Tabellen, welche in übersichtlicher Weise die einzelnen Kalenderwochen der Jahre 1891 bis 1920 verzeichnen und daneben immer die Zahl der Beitragswochen des laufenden Jahres sowie die Zahl der seit dem 1. Januar 1891 vergangenen Beitragswochen nachweisen. Für jeden Zeitpunkt kann man also die Zahl der seit Geltung der Invalidenversicherung abgelaufenen Wochen durch einen Blick in die Tabelle ermitteln. Handelt es sich um einen erst nach dem 1. Januar 1891 in die Versicherung Eingetretenen, so ermittelt man ebenso leicht die Zahl der bis zu diesem Eintritt vergangenen Wochen und zieht sie von der Gesamtzahl der seit dem 1. Januar 1891 abgelaufenen Wochen ab. Entsprechend verfährt man, wenn versicherungsfreie Zeiten in Betracht kommen. — Eine Erläuterung mit drei Beispielen veranschaulicht die Handhabung der Tabelle in sachgemäßer Weise. Wir meinen, daß hier ein wirklich praktisches, bequemes Hilfsbüchlein vorliegt.

Wie verhelfen wir den Kriegsverstümmelten durch Ersatzglieder wieder zur Arbeitsfähigkeit usw.? Von Dr. Fritz Sippel. Stuttgart 1916, Verlag von J. F. Steinkopf. Preis 1,50 M.

Der Verfasser ist Vorstand der Orthopädischen Heilanstalt Paulinenhilfe in Stuttgart. Seine interessanten geschichtlichen Mitteilungen, die Darlegungen über die heutige Technik des Gliederersatzes, der Schilderung der Lazarettfürsorge, der Berufsbildung, Unterrichtskurse und Uebungswerkstätten, der praktischen Uebungen, der Berufsberatung und Stellenvermittlung usw. bezeugen seine Sachkunde und reiche Erfahrungen. Zahlreiche Abbildungen, die mehr als die Hälfte des Buches füllen, spiegeln in anschaulicher Weise die Wunder der Technik auf diesem Gebiete und zugleich die erstaunlichen Leistungen dieses neuartigen Unterrichts wieder.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Berichtigung zu § 414 RVO.

1. Nach St. Antwort: In der Auskunft im Jahrg. 1915 Heft 28 S. 670 Ziff. 1 muß es — wie der ausdrücklich angeführte § 414 RVO. ergibt — heißen: „mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde" (statt „des Oberversicherungsamts").

Ersatzanspruch der Krankenkasse bei erneuter Erkrankung infolge eines früheren Betriebsunfalls.

2. Nach Schwabach. Antwort: Wenn ein Arbeiter von neuem an einem Leiden erkrankt, das er sich vor längerer Zeit durch einen Betriebsunfall zugezogen hat, so ist zwar an sich die Be-

rufsgenossenschaft zur Entschädigung verpflichtet. Das schließt aber nicht die Verpflichtung der Krankenkasse aus, ihrerseits die satzungsgemäße Unterstützung zu gewähren (§ 1501 Abs. 1 RVO.). Die Kasse kann jedoch von der Berufsgenossenschaft Ersatz nach § 1501 ff. beanspruchen. Bei Krankenhauspflege sind für die Krankenpflege $^3/_8$ des Grundlohnes zu erstatten (§ 1503 Abs. 2 Satz 1). Für den Unterhalt im Krankenhaus wird die Hälfte des Grundlohnes angesetzt, doch kann für diesen Betrag Ersatz nur aus der Unfallrente (§ 1503 Abs. 2 Satz 2), und zwar bis zu deren halbem Betrag verlangt werden (§ 1506 Abs. 1 RVO.). Ist früher eine Teilrente bewilligt worden und tritt nunmehr infolge der erneuten Krankheit völlige Arbeitsunfähigkeit ein, so kann die Kasse selbst die anderweitige Festsetzung der Rente betreiben (§§ 1584, 1509). Doch kann die Erhöhung nur für die Zeit nach Anmeldung des Anspruchs verlangt werden.

Von der Krankenkasse gewährte Krankenpflege neben einem wegen eines anderen Leidens von der Versicherungsanstalt übernommenen Heilverfahrens.

3. **Nach Stettin.** Antwort: Die Versicherungsanstalt ist niemals verpflichtet, sondern nur berechtigt, ein Heilverfahren zu übernehmen. Hat sie es wegen eines Lungenleidens übernommen, so braucht sie deswegen nicht auch eine außerdem erforderliche zahnärztliche Behandlung zu gewähren. Hierzu bleibt vielmehr die Krankenkasse allein verpflichtet. Offenbar hat die Versicherungsanstalt das zahnärztliche Heilverfahren nicht übernommen, oder aber es zum mindesten der Kasse gemäß § 1519 RVO. übertragen. Dann könnte diese aber nur Ersatz der ihr über die satzungsmäßigen Leistungen hinausgehenden Kosten verlangen. Da ihr solche Mehrkosten zweifellos nicht entstanden sind, so hat sie keinen Ersatzanspruch, sondern muß die Kosten im Betrage von 14 M. selbst tragen.

Weiterversicherung im Ausland befindlicher Kriegsteilnehmer.

4. **Nach Bromberg.** Antwort: Die Frage ist durch § 1 Ges., betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (Arb.-Vers. 1914 S. 567), beantwortet. Danach gilt für die Weiterversicherung gemäß § 313 RVO. dem regelmäßigen Aufenthalt im Inland derjenige im Auslande gleich, wenn dieser durch Einberufung zu Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten verursacht ist. Somit kann ein bisheriges Mitglied, das im übrigen die Bedingungen des § 313 RVO. erfüllt, sich weiter bei der Kasse freiwillig versichern, wenn es sich als Angehöriger eines Truppenteils im Ausland aufhält.

Keine Aufrechnung der Kassenleistungen auf Beiträge, die aus einem andern Versicherungsverhältnis geschuldet werden.

5. **Nach Goch.** Anfrage: Ein hiesiger Anstreichermeister beschäftigte ein Dienstmädchen, verweigert aber die Zahlung der Beiträge. Nun ist der Arbeitgeber auch Mitglied unserer Kasse, und da er augenblicklich erwerbsunfähig krank ist, bezieht er Krankengeld. Ist es gestattet, ihm von diesem wöchentlich einen Teil einzuhalten? Wie hoch darf dieser Betrag sein?

Antwort: Dem Versicherten ist das Krankengeld voll auszuzahlen, eine Aufrechnung ist unstatthaft. Allerdings dürfen nach § 223 Abs. 2 RVO. die Ansprüche des Berechtigten auf geschuldete Beiträge aufgerechnet werden, aber doch nur auf solche, die auf Grund desselben Versicherungsverhältnisses geschuldet werden, auf Grund dessen die Kassenleistungen zu gewähren sind. Daß es sich um dasselbe Versicherungsverhältnis handeln muß, ist zwar nicht ausdrücklich gesagt, erscheint aber selbstverständlich. Demnach kommt eine solche Aufrechnung nur in Betracht gegen Versicherungsberechtigte und auf Zusatzbeiträge zur Familienhilfe, wie Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 3b zu 223, hervorhebt, ferner in dem Falle des § 398 RVO.

Einberufung von Mitgliedern des Kassenausschusses zum Heeresdienst.

6. **Nach Bernburg.** Antwort: Es empfiehlt sich, beim Versicherungsamt die Amtsenthebung derjenigen Mitglieder des Ausschusses anzuregen, die durch ihren Eintritt in den Kriegsdienst die Wählbarkeit verloren haben, damit die Ersatzmänner an ihre Stelle treten und so beschlußfähige Sitzungen abgehalten werden können. Ohne Weiteres hat die Zugehörigkeit zum Heere keineswegs den Verlust des Amtes zur Folge. Jener Ersatzmann, der am Orte des Kassensitzes in Garnison ist, könnte also sehr wohl im Bedarfsfalle als Ausschußmitglied tätig sein.

Innungskrankenkasse als Versicherungsträger. — Ihre Angestellten sind Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse.

7. **Nach Hannover.** Antwort: a) Versicherungsträger ist die Innungskrankenkasse, die eine besondere, von der Innung getrennte, juristische Person bildet. (Vgl. § 225, 4. RVO.). b) Die Beamten der Innungskrankenkasse sind nicht bei dieser, sondern bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse versichert, sofern sie nicht nach § 169 RVO. versicherungsfrei sind; denn bei der Innungskasse sind nur diejenigen Personen versichert, die in einem Betriebe der Innungsmitglieder beschäftigt sind (§ 250 Abs. 2 RVO.). Hat aber die Innungskrankenkasse nach vorschriftsmäßiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen, so hat sie den Versicherungspflichtigen als Mitglied mindestens bis zu dem Tage anzuerkennen, wo der Vorstand ihn schriftlich an eine andere Kasse verweist (§ 315 RVO.). Bis zu diesem Zeitpunkt stehen ihr auch die Beiträge zu, die also bis dahin nicht von der zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse beansprucht werden können.

Anmeldung für eine zu niedrige Lohnklasse.

8. **Nach K.** Frage: Die Gemeinde K. hat den Arbeiter L. am 1. Januar 1914 als Mitglied mit einem wöchentlichen Verdienst von 12 M. zur Kasse gemeldet. L. wurde darnach bis heute in der 2. Lohnklasse geführt. Nun ist er erkrankt und beansprucht Krankengeld für eine höhere Lohnklasse mit der Begründung, er habe einen wöchentlichen Verdienst von 26 M. Die Gemeinde gibt es zu, daß L. 26 M. wöchentlichen Lohn beziehe, sie habe bei der Anmeldung des L. irrtümlicherweise einen niederen Lohn angegeben. Hat nun die Kasse an L. das Krankengeld der 2. oder das der

5. Lohnklasse zu gewähren? Kann die Kasse gegebenenfalls die Beiträge für die höhere Lohnklasse von der Gemeinde K. vom 1. Januar 1914 nacherheben?

Antwort: L. hat das seinem wirklichen Verdienst entsprechende Krankengeld, also das der 5. Lohnklasse, zu beanspruchen. Die Gemeinde ist verpflichtet, die zu wenig entrichteten Beiträge nachzuzahlen.

Abgabe von Verbandzeug durch die Krankenkasse an den Arbeitgeber.

9. Nach Pirmasens. Frage: Ein Forstamt, dessen Arbeiter Mitglieder unserer Kasse sind, ersucht um „Abgabe von 50 Verbandpäckchen für die Holzhauermannschaft". Wir haben dies im Hinblick auf § 363 RVO. abgelehnt. Die Mittel der Kasse dürfen nur zu den satzungsmäßigen Leistungen und für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung verwendet werden. Die Zahl der Holzhauer beträgt 1½% unserer Mitgliederzahl. Ist die Ablehnung richtig? Für derartige vorsorgende Maßnahmen hat doch der Arbeitgeber zu sorgen, ähnlich wie die Arbeitgeber für Verbandkästen für erste Hilfe in ihren Fabriken zu sorgen haben.

Antwort: Wir halten es für unbedenklich, wenn die Kasse für die bei ihr Versicherten dem Arbeitgeber Verbandzeug abgibt. Dies ist weniger eine Maßregel zur Krankheitsverhütung, als ein Bereitstellen von Heilmitteln für den Fall einer Erkrankung, als die ja jede durch einen Unfall veranlaßte Verletzung zu gelten hat. Es wird also eine Vorbereitung für die möglicherweise notwendig werdende Krankenpflege getroffen. Gefordert muß freilich werden, daß das Verbandzeug lediglich für die Mitglieder der Kasse bereit gehalten wird, und deswegen wäre es zweckmäßig, wenn diese sich das Eigentum daran vorbehält. Mag aber auch eine derartige Abgabe von Verbandzeug zulässig sein, so ist doch die Kasse zu ihr auf keinen Fall verpflichtet, und insoweit war die Ablehnung gerechtfertigt. Allerdings können gewerbepolizeiliche Vorschriften den Arbeitgeber zum Bereitstellen von Verbandzeug verpflichten.

Anmeldung Versicherungspflichtiger, deren Rechte und Pflichten nach § 517 RVO. ruhen.

10. Nach Lübbecke. Antwort: Allerdings ist die Anmeldung der Versicherungspflichtigen Sache des Arbeitgebers, aber es ist Sache der Kasse, darauf zu halten, daß ihr die zur Kasse gehörigen Versicherungspflichtigen auch tatsächlich angemeldet werden; und wenn sie Anhalt für die Annahme hat, daß dies unterblieben ist, so hat sie der Sache von Amts wegen nachzugehen und alles Erforderliche und gesetzlich Zulässige zu veranlassen, um die Anmeldung zu erwirken und den Arbeitgeber zur Nachzahlung der Beiträge heranzuziehen (§§ 317, 530, 531 RVO.). Dies gilt in gleicher Weise auch dann, wenn die Versicherungspflichtigen das Ruhen ihrer Rechte und Pflichten nach § 517 beantragt haben und die Kasse daher nur das Arbeitgeberdrittel von den Beiträgen erhält, und ebenso auch dann, wenn von diesem Beitragsteile noch vier Fünftel an die Ersatzkasse nach § 518 abzuführen sind. Daß hierdurch das Interesse der Kasse an der Hereinbringung der Beitragsteile stark herabgemindert oder gar völlig aufgehoben sein mag, weil der Kasse nur Scherereien erwachsen, die in argem Mißverhältnis zudem geringen ihr verbleibenden Betrage stehen, darf die Kasse nicht abhalten, in gleicher Weise ihre Pflicht zu tun, wie wenn sie das volle Drittel behielte. Sie darf daher nicht die Ersatzkasse, die gemäß § 519 Abs. 2 den Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten bestimmter Versicherungspflichtiger gestellt hat, darauf verweisen, daß sie (die Ersatzkasse) zunächst die Anmeldung dieser Versicherungspflichtigen herbeiführen möge. Die Ersatzkasse hat nicht die Möglichkeit hierzu. Die Krankenkasse aber ist in der Lage, die Hilfe des Versicherungsamts in Anspruch zu nehmen, um gehörige Anmeldungen zu erlangen (§ 115). Wir verkennen hierbei nicht, daß die durch § 518 geschaffene Rechtslage sehr unerquicklich und der Abänderung dringend bedürftig ist.

Begründung der kassenärztlichen Gebührenrechnung; Bemängelungen der Kasse; Befugnisse des Versicherungsamts.

11. Nach D. Antwort: Die Verfügung des Versicherungsamts ist ein seltsamer Uebergriff. Es handelt sich um einen Streit zwischen der Kasse und einem Kassenarzt über die Begründung seiner Forderung. Hierüber hat nach Ziff. 6 des Berliner Abkommens (da im Vertrage der Rechtsweg nicht vorbehalten ist) das Schiedsgericht zu entscheiden, wie das Versicherungsamt selbst bemerkt. Um so unbegreiflicher ist es, daß das Versicherungsamt dieser allein zur Entscheidung berufenen Stelle vorgreift, indem es anordnet, daß die Kasse künftig die Gebührenrechnungen der Aerzte nur rechnerisch zu prüfen, jede weitere sachliche Prüfung aber dem Ausschuß der Kassenärzte zu überlassen, Bemängelungen der fraglichen Art zu unterlassen und hiernach die Gebührenrechnung des Dr. .... anderweit zu erledigen habe! Das ist nichts anderes als eine Entscheidung, wenn auch nicht über den Betrag der Forderung, so doch über gewisse Elemente ihrer Begründung. Hierzu hat das Versicherungsamt nicht den Schimmer einer Befugnis, weder nach der Reichsversicherungsordnung, noch nach dem Berliner Abkommen. Dazu kommt, daß das Amt im wichtigsten Punkte auch sachlich arg fehlgegangen ist, indem es nämlich das Prüfungsrecht der Kasse auf die bloße rechnerische Richtigkeit der Rechnung beschränken möchte. Die Kasse würde pflichtwidrig handeln, wenn sie sich hierauf beschränkte. Wenn nach § 12 Abs. 2 des Vertrages der Ausschuß der Aerzte „die Ueberwachung der kassenärztlichen Tätigkeit hinsichtlich der Gebührenforderungen usw. übernimmt", so schließt das selbstverständlich das Recht und die Pflicht der Kasse, diese Forderung auch selbst in den Grenzen ihrer Möglichkeit nachzuprüfen und nötigenfalls zu bemängeln, nicht aus. Zu diesem Zwecke kann sie eine sogenannte „spezifizierte" Rechnung fordern (vgl. Förster Anm. 27 zu § 3 der Geb.-Ordg.), d. h. der Arzt muß die einzelnen Leistungen bestimmt bezeichnen und für jede den beanspruchten Betrag angeben, so daß die Kasse die Richtigkeit jeder einzelnen Forderung an der Hand des Vertrages nachprüfen kann. Zur bestimmten Kennzeichnung der Einzelleistungen gehört auch die Angabe des Tages (unter Umständen sogar der Tageszeit!) und des Ortes, weil davon die Höhe des Anspruchs abhängen kann. Dagegen braucht

der Arzt in der Rechnung die Notwendigkeit der Einzelleistungen nicht darzulegen; im Streitverfahren würde er, wenn die Kasse eine begründete Bemängelung in dieser Richtung vorbringt, die Beweispflicht haben. Die Angabe, wer ihn bestellt habe, liegt dem Arzte schlechthin nicht ob.

Das Einkommen des Ehemannes ist ohne Einfluß auf die Versicherungsberechtigung der Frau.

12. Nach Dortmund. Antwort: Das Recht zur freiwilligen Versicherung ist lediglich vom Gesamteinkommen des zu Versichernden abhängig. Daher findet § 314 Abs. 2 RVO. auf versicherte Ehefrauen nur dann Anwendung, wenn deren eigenes Einkommen 4000 Mark jährlich übersteigt. Das des Ehemannes ist ohne Einfluß auf die Versicherungsberechtigung der Frau.

Lohnstufe bei freiwilliger Weiterversicherung.

13. Nach Ulm. Antwort: a) Wenn die Satzung über die Lohnklasse derjenigen unständig Beschäftigten, die sich freiwillig weiterversichern, nichts bestimmt, so bleiben sie Mitglied derjenigen Klasse, der sie bisher auf Grund der Versicherungspflicht angehört haben. Die Vorschrift des § 313 Abs. 1 Satz 2, die den Weiterversicherern das Recht gewährt, in eine niedrigere Klasse oder Lohnstufe überzutreten, gilt nicht.
b) Ebenso bleiben Weiterversicherer, die bisher, weil sie als Lehrlinge ohne Entgelt beschäftigt wurden, keinen Anspruch auf Krankengeld hatten, und deren Beiträge entsprechend ermäßigt waren (§ 494 RVO.), Mitglied der bisherigen Klasse.

Beschränkung der Familienhilfe auf kassenärztliche Behandlung.

14. Nach Hildburghausen. Antwort: An sich kann die Satzung bestimmen, daß auch für Familienangehörige die ärztliche Behandlung nur durch Kassenärzte gewährt wird. Die Kasse muß jedoch dann auch für auswärts wohnende Familienmitglieder kassenärztliche Hilfe bereitstellen oder aber die Kosten eines anderen Arztes bezahlen. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 2a zu § 205.)

Zahnarbeiten aus Schönheitsrücksichten.

15. Nach Eberbach. Antwort: Die Krankenkasse ist nur zur Gewährung solcher Zahnarbeiten verpflichtet, die zur Beseitigung einer bestehenden Krankheit erforderlich sind, nicht aber solcher, die lediglich aus Schönheitsrücksichten gemacht werden. Dienen sie gleichzeitig beiden Zwecken, so ist die Kasse zur Gewährung verpflichtet; denn hierzu genügt der Heilungszweck.

Eidliche Verpflichtung der Versicherungsvertreter beim Versicherungsamt durch den ständigen Stellvertreter des Vorsitzenden.

16. Nach Altena. Frage: Nach § 53 RVO. verpflichtet der Vorsitzende des Versicherungsamtes die Versicherungsvertreter vor ihrer ersten Dienstleistung auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Pflichten. Ich bin im Zweifel, ob auch der ständige Stellvertreter des Vorsitzenden berechtigt ist, dies zu tun?

Antwort: Gemäß § 9 der Verordnung vom 24. Dezember 1911 über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter hat der ständige Stellvertreter des Vorsitzenden, wenn dieser verhindert ist, die Versicherungsvertreter auf Erfüllung der Amtspflichten zu verpflichten. Von der obersten Verwaltungsbehörde kann hierüber Näheres bestimmt werden.

Zur Krankenversicherung der Wochenpflegerinnen.

17. O. K. K. R. Antwort: Eine Wochenbettpflegerin, deren Beschäftigung ja nicht auf weniger als eine Woche beschränkt zu sein pflegt, kann nicht als unständig Beschäftigte gelten (§ 441 RVO.). Zuständig ist für sie demnach diejenige Kasse, in deren Bezirk sie jeweilig die Wochenpflege bei dem einzelnen Auftraggeber ausübt. Hat aber Ihre Kasse, wie es scheint, obwohl sie danach unzuständig war, die Beiträge drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet entgegengenommen, so muß sie die Versicherte gemäß § 315 RVO. als Mitglied anerkennen und ihr im Krankheitsfalle die satzungsmäßigen Leistungen gewähren, ohne von der an sich zuständigen Kasse Ersatz fordern zu dürfen. Bestand aber überhaupt die Versicherungspflicht, die ja bei Kranken- und Wochenpflegerinnen zweifelhaft ist, oder die Versicherungsberechtigung nicht, so kommt doch die Verpflichtung der Kasse zur Gewährung der Krankenhilfe nach § 213 in Betracht.

Zur Krankenversicherung der Bedienungsfrauen.

18. F. R. Antwort: Bedienungsfrauen, die täglich nur 1—2 Stunden beschäftigt werden und nur 10 M. Lohn monatlich erhalten, sind nach der Bekanntmachung vom 17. November 1913 (Arb.-Vers. 1913 S. 848) dann versicherungsfrei, wenn die Vergütung für den Lebensunterhalt nicht wesentlich ist. Es kommt also auf die näheren Umstände des Einzelfalles an. Im allgemeinen wird ein Entgelt, der ein Drittel des Ortslohnes nicht erreicht, nicht als wesentlich für den Unterhalt angesehen. Näheres bei Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 4f zu § 168.

Grenze der Ausgleichspflicht aus § 197 RVO.

19. L. Y. Z. Antwort: An der in unserer Auskunft im Jahrgang 1914 S. 845 erwähnten Stelle bei Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 zu § 197 RVO. (neueste Auflage S. 314) wird durch ein Beispiel vollkommen klar dargestellt, was es bedeutet, daß die Beitragspflicht einer Kasse nach § 197 nicht weiter reichen kann, als ihre eigene Leistungspflicht gereicht hätte, wenn sie selbst die Wochenhilfe hätte gewähren müssen. Kurz zusammengefaßt liegt die Sache so: Die Wöchnerin hat von ihrer Kasse satzungsmäßig Wochengeld für 57 Tage zu 1,50 M. = 85,50 Mark erhalten. Sie war aber bei dieser Kasse in dem Jahre vor der Niederkunft nur zwei, dagegen bei einer anderen Kasse sechs Monate versichert. Danach würde sich der Anteil dieser anderen Kasse an den 85,50 M. nach § 197 eigentlich auf $^6/_8$ = 64,12 M. stellen. Wenn aber diese Kasse selbst nach ihrer Satzung im Falle der Entbindung der Versicherten nur ein Wochen-

geld von 1 M., und zwar mit Ausschluß der Sonntage, also zusammen nur 49 M. zu zahlen gehabt hätte, so braucht sie nur diese 49 M. zu erstatten, weil ihre Ausgleichspflicht unmöglich weiter reichen kann, als ihre eigene Leistungspflicht betragen haben würde. — Dieser Auffassung wird übrigens zugestimmt von Hoffmann in „Ortskrankenkasse" 1915 S. 139.

Geltung des 5. Buches der Reichsversicherungsordnung für Ersatzkassen.

20. Nach H. Antwort: Das 5. Buch der Reichsversicherungsordnung regelt die Beziehungen der „Versicherungsträger" zu einander und zu anderen Verpflichteten und gilt daher für Ersatzkassen nur, soweit es besonders vorgeschrieben ist (zu vgl. §§ 3, 225 RVO.). Dies ist in den §§ 1501 ff. allerdings mehrfach geschehen. Das darf aber im allgemeinen nur dahin verstanden werden, daß die Ersatzkasse dann der Krankenkasse gleichsteht, wenn sie rechtlich an Stelle dieses Versicherungsträgers steht, und dies ist nur dann der Fall, wenn die Rechte und Pflichten des in Betracht kommenden Versicherungspflichtigen bei der Krankenkasse nach § 517 ruhen (zu vgl. die zu § 1528 ergangene Entscheidung des RVA. 2117 Arb.-Vers. 1915 S. 13). Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, so wird dadurch, daß eine Berufsgenossenschaft zur Entschädigung eines verletzten Ersatzkassenmitgliedes verpflichtet ist, weder die Leistungspflicht der Ersatzkasse berührt, noch wegen ihrer Leistungen ein Ersatzanspruch gegen die Berufsgenossenschaft begründet.

Zeugengebühren bei polizeilichen Unfalluntersuchungen.

21. Nach Naumburg. Ob die Zeugen, die bei einer polizeilichen Unfalluntersuchung gemäß § 1564 Abs. 1 Satz 2 vernommen werden, Gebühren zu beanspruchen haben, ist nach Landesrecht zu entscheiden. In Preußen besteht ein solcher Anspruch nicht. Doch kann nach ministeriellem Erlaß die Polizeibehörde in besonderen Fällen nach billigem Ermessen eine Entschädigung gewähren. Sie kann aber deren Erstattung nicht vom Versicherungsträger verlangen. § 117 RVO. findet keine Anwendung. (Vgl. Lehmann, V. und VI. Buch der RVO., Anm. 3 zu § 1560, Anm. 4a zu § 1564).

Kriegswochenhilfe für versicherte, uneheliche Wöchnerinnen.

22. Nach Z. Frage: Ist einer ledigen Wöchnerin, die Anspruch gemäß § 195 RVO. hat und deren Kindesvater im Felde steht, die Wochenhilfe nach § 8 der Bek. vom 3. Dezember 1914 oder auf Grund von § 3 der Bek. vom 23. April 1915, also das höhere Wochengeld, zu gewähren und hat der Lieferungsverband die Mehrleistungen für solche Fälle zu erstatten? Was ist gegen die wiederholt erfolgten ablehnenden Bescheide des Versicherungsamtes und des Lieferungsverbandes wegen Erstattung solcher Kosten zu tun, zumal Entscheidungen des letzteren nach § 11 Abs. 1 der Bek. vom 23. April 1915 endgültig sind?

Antwort: Wenn die Mutter für das Kind Kriegsunterstützung erhält, so steht ihr auch die Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915, also das 1 M. täglich betragende Wochengeld zu (§§ 3, 4, 2.). Der Lieferungsverband muß dann der Kasse den Betrag erstatten, um den dieses Wochengeld das satzungsmäßige übersteigt (§ 14.). Gegen die Bescheide der Kommission, die ja endgiltig sind, gibt es kein Rechtsmittel (§ 11 Abs. 1.).

Zur Krankenversicherung einer Haushälterin.

23. Nach Wermelskirchen. Antwort: Wenn die Dame selbständig den Haushalt leitet, also die Tätigkeit der Hausfrau ausübt, so gilt sie nicht als Dienstbote, und zwar um so weniger, als noch ein Dienstmädchen beschäftigt wird. Dann kann sie aber auch nicht gemäß § 418 RVO. von der Krankenversicherungspflicht befreit werden, mag auch der Arbeitgeber sich verpflichten, im Krankheitsfalle die Kosten der ärztlichen Behandlung zu übernehmen und den Lohn weiterzuzahlen; denn § 418 findet — abgesehen von den in der Landwirtschaft beschäftigten Personen — nur auf Dienstboten Anwendung. Zu prüfen wäre freilich noch mit Rücksicht auf das verwandtschaftliche Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Hausdame, ob überhaupt ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis besteht.

Anwendung des § 197 RVO. bei Kriegswochenhilfe, wenn Sachleistungen gewährt sind.

24. Nach Münster i. W. Antwort: Nach § 9 der Bek. vom 28. Januar 1915 gilt § 197 RVO. auch für alle Leistungen an Kriegswochenhilfe, welche die Kassen aus eigenen Mitteln zu leisten haben. Hat nun eine Kasse einer versicherten Wöchnerin gemäß § 8 in Verbindung mit § 4 der Bek. vom 3. Dezember 1914 statt der baren Beihilfen nach § 3 Ziff. 1 und 3 die entsprechenden Sachleistungen gewährt, so sind dies die Leistungen, für welche der § 197 RVO. gilt, d. h. die andere Kasse hat der leistungspflichtigen die wirklichen Aufwendungen für Entbindung ohne weiteres den Pauschbetrag von zu erstatten. Es läßt sich in keiner Weise rechtfertigen, daß die leistende Kasse als Kosten der Entbindung ohne weiteres den Pauschalbetrag von 25 M. in die Rechnung einstellt, wenn ihr tatsächlich geringere Kosten entstanden sind. Andererseits kann sie selbstverständlich die wirklich aufgewendeten Entbindungskosten, auch wenn sie mehr als 25 M. betragen, voll in die Rechnung einstellen und anteiligen Ersatz nach Verhältnis der Mitgliedzeit verlangen; nur braucht die andere Kasse in keinem Falle mehr zu erstatten, als sie selbst im ganzen an Wochenhilfe zu leisten gehabt hätte, wenn die Wöchnerin im Zeitpunkt der Niederkunft noch dieser anderen Kasse angehört hätte (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anmerkung 3 zu § 197 RVO).

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1126 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. Februar 1916 | Heft 4

Geburtenrückgang und Reichsversicherung

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg

Die in Vorbereitung befindlichen gesetzgeberischen Maßnahmen zur Bekämpfung des Geburtenrückganges sind durch den Krieg ins Stocken geraten. Es kann aber kaum zweifelhaft sein, daß nach glücklicher Beendigung des uns aufgezwungenen Krieges diese Angelegenheit alsbald wieder aufgenommen wird. Hat doch der Krieg es noch deutlicher gemacht als es schon vorher war, daß es für uns eine dringende Notwendigkeit ist, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln dahin zu streben, daß die Zahl der Geburten mindestens nicht noch weiter zurückgeht.

Eine eingehende Erörterung der Frage des Geburtenrückganges, der Ursachen und der Mittel zur Bekämpfung dieser Erscheinung würde über das Arbeitsgebiet dieser Zeitschrift und über den zur Verfügung stehenden Raum hinausgehen. Zudem ist die Literatur über diese Frage bereits so groß, daß kaum ein Anlaß zu ihrer Vermehrung vorhanden ist.*) Dagegen erscheint es angezeigt, an dieser Stelle zu erörtern, welche Rolle die Reichsversicherung bei der Bekämpfung des Geburtenrückganges spielen kann. Dabei läßt es sich nicht vermeiden, in aller Kürze wenigstens auch die Ursachen des Geburtenrückganges zu berühren.

I. Die Tatsache des Geburtenrückganges wird durch folgende Tabellen beleuchtet:

1. Es entfielen in Deutschland auf 10 000 Einwohner an Geburten

im Jahre 1870	401
„ „ 1871	359
„ „ 1872	411
„ „ 1873	413
„ „ 1874	418
„ „ 1875	423
„ „ 1876	426
„ „ 1877	416
„ „ 1878	405
„ „ 1879	405
„ „ 1880	391
„ „ 1881	385
„ „ 1882	387
„ „ 1883	380
„ „ 1884	387
„ „ 1885	385
„ „ 1886	385
„ „ 1887	383

*) Anmerkung der Schriftleitung: Bei den mannigfachen Erörterungen über den Geburtenrückgang und die Mittel der Abhilfe spielt neuerdings der Gedanke des Ausbaus der Sozialversicherung unter bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten eine Rolle; so z. B. in den Verhandlungen der Zentralstelle für Volkswohlfahrt vom Oktober v. J., ferner in einem Schriftchen von Helmut Lehmann über „Wochenhilfe, Familienhilfe, Erziehungshilfe“ (Dresden 1915 bei Paul Kluge). Von dem gleichen Gedanken geht auch der vorliegende Aufsatz aus, aber er erwägt zugleich in umfassender Weise die verschiedenen in unseren versicherungsrechtlichen Einrichtungen gegebenen Möglichkeiten für die Anknüpfung von Maßnahmen der Abhilfe. Deshalb wird der Aufsatz das Interesse unserer Leser beanspruchen dürfen.

*) Ich verweise insbesondere auf die gründliche Schrift von Gruber, Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückganges im Deutschen Reiche (Lehmann's Verlag, München 1914), die in überzeugender Weise die Ursachen, die drohenden Folgen und auch mancherlei Wege zur Bekämpfung des Uebels darlegt.

im Jahre 1888	380
„ „ 1889	377
„ „ 1890	370
„ „ 1891	382
„ „ 1892	369
„ „ 1893	380
„ „ 1894	371
„ „ 1895	373
„ „ 1896	375
„ „ 1897	372
„ „ 1898	373
„ „ 1899	370
„ „ 1900	368
„ „ 1901	369
„ „ 1902	362
„ „ 1903	349
„ „ 1904	352
„ „ 1905	340
„ „ 1906	341
„ „ 1907	332
„ „ 1908	330
„ „ 1909	320
„ „ 1910	307
„ „ 1911	295
„ „ 1912	291
„ „ 1913	282

2. Auf 10000 Einwohner entfielen in Deutschland an Eheschließungen

im Jahre 1870	77
„ „ 1871	82
„ „ 1872	103
„ „ 1873	100
„ „ 1874	95
„ „ 1875	91
„ „ 1876	85
„ „ 1877	80
„ „ 1878	77
„ „ 1879	75
„ „ 1880	75
„ „ 1881	75
„ „ 1882	77
„ „ 1883	77
„ „ 1884	78
„ „ 1885	79
„ „ 1886	79
„ „ 1887	78
„ „ 1888	78
„ „ 1889	80
„ „ 1890	80
„ „ 1891	80
„ „ 1892	79
„ „ 1893	79
„ „ 1894	79
„ „ 1895	80
„ „ 1896	82
„ „ 1897	84
„ „ 1898	84
„ „ 1899	85
„ „ 1900	85
„ „ 1901	82
„ „ 1902	79
„ „ 1903	79
„ „ 1904	80
„ „ 1905	81
„ „ 1906	82
„ „ 1907	81
„ „ 1908	80
„ „ 1909	78
„ „ 1910	77
„ „ 1911	78
„ „ 1912	79
„ „ 1913	76

3. Schließlich entfielen in Deutschland auf 10000 Einwohner an Todesfällen

im Jahre 1870	290
„ „ 1871	310
„ „ 1872	306
„ „ 1873	299
„ „ 1874	284
„ „ 1875	293
„ „ 1876	281
„ „ 1877	280
„ „ 1878	278
„ „ 1879	272
„ „ 1880	275
„ „ 1881	269
„ „ 1882	272
„ „ 1883	273
„ „ 1884	274
„ „ 1885	272
„ „ 1886	276
„ „ 1887	256
„ „ 1888	251
„ „ 1889	250
„ „ 1890	256
„ „ 1891	247
„ „ 1892	253
„ „ 1893	258
„ „ 1894	235
„ „ 1895	234
„ „ 1896	221
„ „ 1897	225
„ „ 1898	217
„ „ 1899	226
„ „ 1900	232
„ „ 1901	218
„ „ 1902	206
„ „ 1903	211
„ „ 1904	207
„ „ 1905	208
„ „ 1906	192
„ „ 1907	190
„ „ 1908	190
„ „ 1909	181
„ „ 1910	171
„ „ 1911	182
„ „ 1912	164
„ „ 1913	158

Diese Zahlen lehren zunächst, daß der Rückgang der Geburten ein regelmäßiger, starker und zunehmender ist. Nichts spricht dafür, daß er bereits seinen tiefsten Stand erreicht hat, vielmehr ist aus dem bisher regelmäßigen Fallen der Zahl der Geburten mit Sicherheit anzunehmen, daß, auch abgesehen von den Nachwirkungen des Kriegs, ein weiteres Zurückgehen der Zahl der Geburten eintreten wird. Welche Bedeutung die mitgeteilten Zahlen haben, wird noch klarer, wenn man die absoluten Zahlen ausrechnet; im Jahre 1911 hat z. B. die Zahl der Geburten absolut um 56000 abgenommen.

Die zweite Tabelle zeigt, daß die Zahl der Eheschließungen seit 1870, abgesehen von dem Aufschwung nach dem Kriege von 1870 und

1871, ziemlich gleichgeblieben ist, daß jedenfalls von einer wesentlichen Abnahme der Eheschließungen nicht die Rede sein kann. Wenn trotzdem die Zahl der Geburten so sehr zurückgeht, so liegt das nur daran, daß in den Ehen weniger Kinder geboren werden als früher. Daraus ergibt sich, daß sich der Geburtenrückgang nicht wesentlich durch eine Förderung der Eheschließungen bekämpfen läßt, sondern daß dahin gestrebt werden muß, daß in den Ehen mehr Kinder geboren werden.

Die dritte Tabelle schließlich führt den Nachweis, daß gleichzeitig mit dem Rückgang der Geburten ein regelmäßiger und starker Rückgang der Todesfälle eingetreten ist. Geburtenrückgang und Rückgang der Todesfälle wirken entgegengesetzt und heben sich deshalb bis zu einem gewissen Grade auf. Es gibt also zwei Mittel, dem drohenden Rückgang unserer Bevölkerungszahl entgegenzuwirken, nämlich die Verminderung der Zahl der Todesfälle und die Vermehrung der Zahl der Geburten.

II. Die Ursachen des Geburtenrückganges. — Um die Mittel zur Bekämpfung des Geburtenrückganges erörtern zu können, muß man sich seine Ursachen vergegenwärtigen. Es handelt sich aber um das Zusammenwirken von Ursachen der verschiedensten Art; deshalb sind auch Maßnahmen der verschiedensten Art zur Bekämpfung erforderlich.

Als übereinstimmende Ansicht fast aller Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, kann gelten, daß der Geburtenrückgang nicht auf einer Abnahme der Fortpflanzungsfähigkeit der Bevölkerung beruht, sondern ein gewollter ist; und der Wille, wie die Möglichkeit, die Zahl der Geburten einzuschränken, ist wiederum gefördert durch die Vervollkommnung der Technik auf diesem Gebiete. Es braucht sich jeder nur in seinen eigenen Kreisen umzusehen, um die Bestätigung dieser Ansicht zu finden. Bemerkenswert ist hierbei, daß der Wille, die Geburtenzahl einzuschränken, sich nicht in allen religiösen Bekenntnissen in gleicher Weise betätigt, sondern daß die Geburtenzahl bei den Katholiken größer ist als bei den übrigen Bekenntnissen. Das scheint einwandfrei nachgewiesen zu sein und auch der Grund dafür ist nicht unbekannt; die katholische Religion betrachtet die willkürliche Einschränkung der Geburtenzahl als Sünde und wirkt ihr daher mit den ihr zu Gebote stehenden Mitteln entgegen.

Selbstverständlich spielt auch die Unfruchtbarkeit der Ehegatten eine gewisse Rolle. Es ist bekannt, daß insbesondere die Geschlechtskrankheiten hier eine bedeutsame Rolle spielen und leider nicht selten, insbesondere bei Frauen, Unfruchtbarkeit herbeiführen. Indessen kann nicht angenommen werden, daß dies eine **wesentliche** Ursache für den Geburtenrückgang ist. Denn wenn die Verminderung der Zahl der in den Ehen geborenen Kinder eine gewollte ist, würde dieser Wille sich auch in den Fällen mehr oder minder betätigen, in denen jetzt die Kinder wegen Unfruchtbarkeit ausbleiben. Das Entscheidende für den Geburtenrückgang ist also nicht die Verminderung der Volkskraft, sondern der Wille, die Zahl der Kinder zu beschränken.

Welches aber sind die Gründe für die freiwillige Einschränkung der Kinderzahl? Hier begeben wir uns auf ein viel umstrittenes Gebiet, und es ist in der Tat außerordentlich schwer, die Gründe einwandfrei aufzudecken und zu beweisen, zumal sie sehr verschiedenartig und in den verschiedenen Gegenden und Bevölkerungsschichten ungleichmäßig sind, sich auch vielfach durchkreuzen. Sicher ist, daß nicht die Armut als solche die Einschränkung der Kinderzahl verursacht, wenigstens nicht in dem Sinne, daß die Eltern besorgen, sie könnten mehr Kinder nicht ernähren. Eher ist das Gegenteil richtig. Die meisten Kinder werden in den Bevölkerungsschichten erzeugt, die sozial am tiefsten stehen und das geringste Einkommen haben, während mit zunehmenden Einkommen sich die Kinderzahl vermindert. Dennoch haben meines Erachtens diejenigen Unrecht, die hieraus folgern, daß die Ursache für die Einschränkung der Kinderzahl in der Genuß-

sucht und dem Wunsch nach Wohlleben ihren Grund finde, in der Faulheit, Bequemlichkeit und der Oberflächlichkeit der Eltern. Vielfach mag das zutreffen, doch dürfte diese Erscheinung nicht so weit verbreitet sein, daß man in ihr den hauptsächlichsten Grund für den Rückgang der Geburtenzahl zu suchen hat. Ich meine vielmehr, daß man hier gewisse Erscheinungen des großstädtischen Lebens zu sehr verallgemeinert. Die eigentlichen, jedenfalls in einem wesentlichen Grad mitwirkenden Gründe für die Beschränkung der Kinderzahl erblicke ich in dem stärkeren Verantwortlichkeitsgefühl der Eltern den Kindern gegenüber und ferner in dem nicht unberechtigten Bestreben der Eltern, sich mindestens auf dem Stande der Lebenshaltung derjenigen Bevölkerungsschicht zu halten, der sie angehören. Mit zunehmendem Einkommen, das den Eltern eine bessere Lebenshaltung ermöglicht und sie von der Notwendigkeit befreit, sich ausschließlich mit der Sorge um das tägliche Brot zu beschäftigen, wächst in ihnen der Wunsch, auch ihre Kinder so zu erziehen, daß sie dereinst eine bessere Lebenshaltung führen können und nicht genötigt werden, in tiefer stehende Schichten, aus denen die Eltern sich erhoben haben, zurückzusinken. Die besseren Daseinsbedingungen können die Eltern vielleicht einer kleinen Zahl von Kindern verschaffen, nicht aber einer größeren Kinderschar. Wären viele Kinder vorhanden, so würden die Eltern vielleicht die eigene Lebenshaltung, wie sie in den Kreisen, denen sie angehören, üblich ist, nicht aufrechterhalten können. Denn das Einkommen wächst nicht mit der zunehmenden Kinderzahl. Wenn jemand in einem Kreise lebt, in welchem die geringere Kinderzahl bereits die Regel ist oder doch vorherrscht, so steht er, bei eigener größerer Zahl von Kindern, in gewisser Beziehung außerhalb jenes Kreises. Er kann seinen Kindern nur eine minder gute Erziehung zuteil werden lassen, so daß sie später in Berufen tätig sein werden, die geringer eingeschätzt werden. Auch für die Gesundheit seiner Kinder kann er in minder guter Weise sorgen. Trotz der größeren Kinderzahl muß er sich der Kosten wegen mit einer geringeren Wohnung begnügen, wodurch den Kindern Licht und Luft genommen wird. Die Mittel für kostspieligere Kuren bringt er nicht auf. Wo das Verantwortlichkeitsgefühl den Kindern gegenüber gering ist, spielen derartige Erwägungen keine Rolle. Der Trinker schwerer Sorte, der den tiefsten Bevölkerungsschichten angehört und dessen Familie die geringste Lebenshaltung führt, sorgt sich nicht darum, was aus seinen Kindern werden soll. Er erzeugt alljährlich ein Kind und überläßt die Fürsorge für die Familie seiner Frau. Daß aus den Kindern nichts ordentliches werden kann, berührt ihn nicht im geringsten. Wer aber an die Zukunft seiner Kinder denkt, muß sich, je nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des einzelnen, nur zu häufig mit Recht sagen, daß zwar eine mäßige Kinderzahl gut ernährt und erzogen werden kann, daß dies aber bei einer großen Kinderzahl nicht möglich ist. Vielfach wird auch bei der Einschränkung der Kinderzahl der Gedanke mitsprechen, daß durch die Erziehung vieler Kinder das vorhandene Vermögen aufgezehrt würde, während es der Wunsch der Eltern ist, ihren Kindern dereinst das Vermögen zu hinterlassen.

Der Umstand also, daß das durch Arbeit erzielte Einkommen, sich lediglich nach den Leistungen richtet, daß dagegen bei der Gewährung von Gehalt oder Lohn auf die persönlichen Bedürfnisse des einzelnen, die je nach der Zahl der vorhandenen Kinder ganz verschieden sind, keine Rücksicht genommen wird, ist m. E. der eigentliche Grund dafür, daß die Einschränkung der Kinderzahl in immer weiteren Kreisen üblich wird. Die heutige Zeit ist überhaupt geneigt, die wirtschaftlichen Interessen in den Vordergrund zu schieben, und vom wirtschaftlichen Sonderstandpunkt des einzelnen aus betrachtet ist allerdings die Einschränkung der Kinderzahl ein sicheres Mittel für die Verbesserung der Lage des einzelnen und seiner Familie. Daß die Erziehung einer größeren Kinderzahl Freude anderer Art schafft, wird entweder übersehen oder doch nicht für ausschlaggebend

erachtet gegenüber der wirtschaftlichen Schädigung.

Dieser wichtige Grund würde wegfallen, wenn das Einkommen nach der Zahl der Kinder abgestuft werden könnte.

Es spielt aber eine große Anzahl von anderen Gründen mit hinein, je nach Ort und Bevölkerungsschicht: In bestimmten Kreisen erlangt der Mann erst so spät eine Stellung, welche die Gründung einer Familie gestattet, daß er sich dann nicht mit Unrecht für zu alt hält, um eine größere Zahl von Kindern zu erziehen. Eine ganz wesentliche Rolle spielt ferner das großstädtische Wohnungselend, welches es zur Folge hat, daß der kinderreiche Familienvater sich nicht nur in seinen Wohn- und Schlafräumen über Gebühr einschränken muß, sondern vielfach nur sehr schwer überhaupt eine Wohnung erhält. Kommt es doch vor, daß Familienväter ihre Kinder verleugnen müssen und sie erst später nach und nach in die Wohnung einschmuggeln. Nicht unterschätzt werden darf ferner der Einfluß der zunehmenden Erwerbstätigkeit der Frauen. Es ist ja auch menschlich begreiflich, daß Frauen, die täglich in der Fabrik tätig sein müssen und sich so ihren Kindern nicht widmen können, weniger Neigung haben, Kinder aufzuziehen. Schließlich muß auch das schlechte Beispiel der besitzenden Klasse erwähnt werden. Von ihr ist die Einschränkung der Kinderzahl ausgegangen und von da greift sie mehr und mehr auch auf die unteren Volksschichten über. Auch der Einfluß der Sitte, die unser ganzes Gesellschaftsleben beherrscht, ist nicht zu unterschätzen. Sie ist in mancher Beziehung sogar stärker als Gesetz, Recht und Moral und verleitet viele anders zu leben, als sie es sonst tun würden. Es wird aber auch bei uns immer mehr Sitte, nur wenig Kinder zu haben und das veranlaßt wohl nicht wenige, sich auch in dieser Beziehung den allgemeinen Anschauungen anzupassen.

Wenn hiernach für die Einschränkung der Kinderzahl die verschiedensten Gründe maßgebend sind, von denen hier nur ein Teil berührt werden konnte, so ist es klar, daß es auch für die Bekämpfung des Uebels kein allgemeines Heilmittel gibt, daß ihm vielmehr von verschiedenen Seiten aus zu Leibe gegangen werden muß. Die nachstehenden Erörterungen beschränken sich auf diejenigen Mittel, die mit der Reichsversicherung in Verbindung stehen und in Verbindung gebracht werden können.

III. Die Wege zur Bekämpfung des Geburtenrückganges.

1. Die weitere Einschränkung der Todesfälle. — Es ist oben dargelegt worden, daß die Zahl der Todesfälle andauernd in außerordentlich erfreulicher Weise im Rückgang begriffen ist. Dadurch wird bis zu einem gewissen Teile die abnehmende Zahl der Geburten durch die abnehmende Zahl der Sterbefälle ausgeglichen. Deshalb müssen Bestrebungen zur Verminderung des Rückganges der Bevölkerungszahl sich auch auf Verminderung der Zahl der Todesfälle richten. Hierbei kommt in hervorragender Weise unsere Reichsversicherung in Betracht. Es ist gewiß nicht zu viel gesagt, daß, wenn die Zahl der Todesfälle andauernd zurückgeht, schon jetzt die Wirkungen der Reichsversicherung dabei mitspielen, und daß durch ihre bessere Ausgestaltung eine noch erheblich größere Verminderung der Zahl der Todesfälle erreicht werden kann. Ob eine Verbesserung unserer Reichsversicherung möglich ist, hängt jetzt zunächst vom Ausgang des Krieges ab. Ein ungünstiger Ausgang des Krieges würde selbstverständlich irgend ein Vorwärtskommen auf diesem Gebiete für lange Zeit verhindern. Wir vertrauen aber zuversichtlich auf den endgültigen Sieg der deutschen Waffen und darauf, daß nicht wir die Kosten des Krieges zu tragen haben. Dann ist auch der Zeitpunkt gekommen, an die Verbesserung unserer Reichsversicherung heranzutreten, und es ist zu erwarten, daß in Zukunft sich auch diejenigen für eine solche Verbesserung erwärmen werden, die ihr bisher abhold waren. Ueberhaupt wird man vielleicht später nach den Lehren dieses Krieges mehr und mehr dahin kommen, unsere Reichsversicherung vom nationalen Standpunkt aus zu betrachten.

Man wird sie als ein Mittel ansehen, unseren Bevölkerungszustand zu erhalten und deshalb auch vor größeren Aufwendungen nicht zurückschrecken.

Die Verbesserung unserer Reichsversicherung sollte man in Zukunft auch wesentlich von dem Gesichtspunkte aus vornehmen, daß durch sie einer Verminderung unserer Bevölkerungszahl entgegengearbeitet wird. Dieser Gesichtspunkt ist bisher in den Forderungen der Oeffentlichkeit nicht immer beachtet. Die populärste Forderung der Oeffentlichkeit ist zurzeit wohl die Herabsetzung der Altersgrenze für die Altersrente auf 65 Jahre. Ich will nicht gegen diese Forderung sprechen; aber als die dringendste Forderung kann ich sie nicht anerkennen. Der 65jährige hat meist Kinder nicht mehr zu versorgen. Wenn er noch arbeitsfähig ist, bedarf er der öffentlichen Fürsorge weit weniger als z. B. die jüngeren bereits invalide Personen oder die hinterbliebenen Waisen.

Wenn man nun fragt, nach welcher Richtung hin die Reichsversicherung vom Gesichtspunkte der Erhaltung unserer Bevölkerungszahl zu verbessern ist, so ergibt sich zunächst die Forderung nach einer Verbesserung der Fürsorge für die Kinder. Die Kinder, die jetzt noch geboren werden, auch am Leben zu erhalten und ihnen die Möglichkeit einer ordentlichen Erziehung zu gewähren, ist in der Tat eine der wichtigsten Forderungen auf diesem Gebiete. Die Säuglingssterblichkeit ist bekanntlich noch immer erschreckend groß, und das ist um so bedauerlicher, als es sich bei diesen jungen Leben, die so frühzeitig wieder erlöschen, weniger um schwächliche, minderwertige Persönlichkeiten handelt als um Menschen, die bei ordentlicher Fürsorge sich zu lebenskräftigen Persönlichkeiten entwickeln würden. Die öffentliche Fürsorge hätte sich hier zunächst auf einen Ausbau der Wochenhilfe durch zwingende Vorschriften des Gesetzes zu erstrecken, die bei der Beschlußfassung über die RVO. nicht zu erreichen waren, während sie jetzt für die Dauer des Krieges in einem erheblichen Umfange eingeführt sind. Diese ausgedehnte Wochenhilfe muß auch nach Beendigung des Krieges in der einen oder der anderen Form erhalten bleiben, trotz der Höhe der Kosten, die dadurch entstehen. In zweiter Linie muß ferner die Verbesserung der Hinterbliebenenversicherung gefordert werden. Die jetzigen Waisenrenten sind unzulänglich und deshalb kein ausreichendes Mittel für die Erhaltung der Kinder, so wertvoll die jetzt gewährten Renten für die Witwe auch sind. Vorschläge für die Ausgestaltung der Hinterbliebenenversicherung ergeben sich aus der im nächsten Abschnitt erhobenen Hauptforderung.

Ferner kommt hier die Verbesserung der Fürsorge in Krankheitsfällen in Betracht. Am dringendsten scheint mir die allgemeine Einführung der Familienversicherung durch die Krankenkassen zu sein, die bisher nur zum Teil und auch da nicht überall ausreichend durch die Satzung der Krankenkasse als Mehrleistung begründet ist. Wie viele Menschenleben können durch eine ausreichende Fürsorge für die Familienangehörigen der Versicherten erhalten werden! Eingeführt werden muß die Familienversicherung als Regelleistung der Krankenkassen, und zwar ohne Zusatzbeiträge für Familienväter. Wer keine Angehörigen zu unterhalten hat, kann leicht höhere Beiträge zahlen; er steht ohnehin wirtschaftlich schon erheblich besser da als derjenige, der aus seinem Arbeitsverdienst Kinder unterhalten muß. Die jungen Leute, die vor der Verheiratung höhere Krankenkassenbeiträge zahlen, haben später, wenn sie verheiratet sind, auch den Nutzen von dieser Familienversicherung. Bisher ist die Familienversicherung vielfach an den hohen Honorarforderungen der Aerzte gescheitert. Wird die Familienversicherung als Regelleistung eingeführt, so wird es auch leichter sein, zu einer Verständigung mit den Aerzten zu kommen als jetzt, wo die Aerzte die Einführung der Familienversicherung, wenn sie ihnen nicht genehm ist, durch hohe Forderungen vereiteln können.

Es wird ferner eine noch intensivere Bekämpfung der Tuberkulose, der eigentlichen Volkskrankheit, die etwa $^1/_7$ aller Todesfälle

bedingt und an der jährlich in Europa über 1 Million Menschen sterben, nötig sein. In fast vollkommener Weise sind jetzt nach dieser Richtung hin diejenigen versorgt, die gegen Invalidität versichert sind. Denn für sie wird die Kur durch die Landesversicherungsanstalt durchgeführt. Leider melden sich noch immer viele zu spät zu einer Kur, so daß sie nicht mehr oder nur in unvollkommener Weise geheilt werden können. Diese Lücke kann aber leicht geschlossen werden durch eine möglichst allgemeine Einführung von Fürsorgestellen für Lungenkranke und ferner dadurch, daß die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, der Landesversicherungsanstalt ihres Bezirks jeden Erkrankungsfall an Tuberkulose zu melden.

Die Fürsorge der Landesversicherungsanstalt erstreckt sich nur auf die bei ihr Versicherten. Unversorgt sind insbesondere die Ehefrauen der Versicherten und die Kinder. Die Berechtigung der Landesversicherungsanstalt, für die Ehefrau eines Versicherten ein Heilverfahren zu übernehmen, wird man, wie ich an anderer Stelle schon näher dargelegt habe (Mainzer Zeitschrift 14 S. 73), schon nach dem bisherigen Rechte anerkennen können. Nach § 1269 RVO. kann die Landesversicherungsanstalt ein Heilverfahren einleiten, um die Invalidität einer Witwe abzuwenden. Wäre es nicht ein unerwünschter Zustand, daß die Ehefrau, die eines Heilverfahrens dringend bedarf, warten muß, bis der Mann gestorben ist? Wenn sich diese Auffassung nicht durchsetzen kann, müßte das Gesetz dahin geändert werden, daß der Versicherungsanstalt das Recht, für die Ehefrau eines Versicherten ein Heilverfahren zu übernehmen, ausdrücklich verliehen wird. Es handelt sich hier nicht nur um die Erhaltung des Lebens der Mutter, sondern das Heilverfahren beseitigt auch die große Gefahr, daß die lungenkranke Mutter, die nicht in der Heilstätte gelernt hat, Auswurf unschädlich zu machen, auch ihre Kinder ansteckt.

Lungenkranken Kindern von Versicherten kann zur Zeit eine Fürsorge von den Landesversicherungsanstalten nur auf Grund des § 1274 RVO. zugewendet werden. Mehrere Versicherungsanstalten hatten kurz vor Ausbruch des Krieges bereits entsprechende Beschlüsse gefaßt. Nach Beendigung des Krieges wird diesem Punkte besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden sein.

Weniger gut gesorgt ist zurzeit für die Angehörigen des Mittelstandes. Sie stehen sich vielfach nicht oder nicht wesentlich besser als die gegen Invalidität Versicherten und können daher die Mittel für eine kostspielige Kur in einer Lungenheilstätte nicht aufbringen. Schon vor dem Kriege waren Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose im Mittelstand in Angriff genommen, die hoffentlich später auch zu größeren Erfolgen führen werden. Auch hier aber kann die Reichsversicherung eine führende Rolle spielen, wenn nur die Angehörigen des Mittelstandes selbst ein wenig mitwirken wollten. Denn für eine bestimmte Schicht des Mittelstandes, nämlich die Privatbeamten, sorgt jetzt die Reichsversicherungsanstalt. Fast alle Angehörigen des selbständigen Mittelstandes aber sind, ehe sie selbständig wurden, versichert gewesen, entweder nach der RVO. oder nach dem AVG. oder nach beiden Gesetzen. Sie können sich also durch Weiterversicherung mit kaum nennenswerten Mitteln die Anwartschaft auf spätere kostenfreie Kuren sichern. Es ist unbegreiflich, mit welchem Leichtsinn die Versicherten beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht ihre Anwartschaft erlöschen lassen, nicht lediglich aus Unkenntnis, sondern weil sie jeder Belehrung unzugänglich sind. Es ist zu hoffen, daß dies auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung besser sein wird, weil es sich um größere Geldbeträge handelt, die für die Pflichtversicherung aufgewendet werden mußten, und weil auch für später eine bessere Versorgung in Aussicht steht. Jedenfalls muß auch in Zukunft eifrig dahin gestrebt werden, daß die Weiterversicherung in beiden Versicherungszweigen beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mehr als bisher ausgeübt wird. Das würde zugleich der Bekämpfung der

Tuberkulose im Mittelstand ganz wesentlich zustatten kommen.

Erwünscht ist es ferner, daß lungenkranken Invalidenrentenempfängern in möglichst großem Umfange Invalidenhauspflege gewährt wird, da dadurch der Weiterverbreitung der Krankheit wesentlich entgegengearbeitet werden kann. Die Erfahrung hat gelehrt, daß die Lungenkranken im allgemeinen nur wenig geneigt sind, besondere Invalidenheime aufzusuchen. Sie ziehen vor, in die heimatlichen Krankenhäuser zu gehen, weil sie so in Verbindung mit ihrer Familie bleiben. Das Streben muß also dahin gehen, daß die Krankenhäuser, insbesondere die kleinen Krankenhäuser auf dem Lande und in den kleinen Städten, besondere Abteilungen für Lungenkranke einrichten, wie es vielfach schon geschehen ist, und daß die Landesversicherungsanstalten in möglichst großem Umfange den lungenkranken Rentenempfängern Invalidenhauspflege gewähren.

In ähnlicher Weise sind die Versicherungsträger berufen, bei der Bekämpfung anderer Krankheiten mitzuwirken, die zwar in wesentlich geringerer, aber doch immerhin noch in starker Weise die Bevölkerungsziffer beeinflussen. Erwähnt seien insbesondere die Geschlechtskrankheiten und die Trunksucht. Die Geschlechtskrankheiten erhalten durch den Krieg eine erhöhte Bedeutung. Wie sehr die Landesversicherungsanstalten bemüht sind, dieser neuen Gefahr zu begegnen, wird durch die Maßnahmen, die sie zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wegen des Krieges ergriffen haben, bewiesen. Allein auch bei den Geschlechtskrankheiten und der Trunksucht besteht wie bei den Lungenkrankheiten der Uebelstand, daß die Landesversicherungsanstalten zu spät von den einzelnen Krankheitsfällen erfahren. Auch für diese Krankheiten wird die Pflicht der Krankenkassen zur Anzeige an die Landesversicherungsanstalten einzuführen sein. Daneben würde die Gründung von Fürsorgestellen für Geschlechts- und Alkoholkranke gefördert werden. In ländlichen Bezirken, wie auch in kleinen Städten könnten Fürsorgestellen für Lungenkranke, Alkoholkranke, Geschlechtskranke, und Säuglingsfürsorgestellen miteinander verbunden werden, weil dann der Bezirk der Fürsorgestellen so klein werden kann, daß sie zweckentsprechend arbeiten können.

Eine der wichtigsten Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes ist ferner die Bekämpfung des Wohnungselends, wie keiner näheren Begründung bedarf. Die Versicherungsträger können hierbei zwar wie bisher durch die Gewährung von billigen Wohnungsdarlehen mitwirken, doch ist das, was hierdurch geschaffen werden kann, nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Eine wirkliche Besserung der Verhältnisse kann nur durch großzügige Wohnungsreform erzielt werden, die außerhalb der Betätigung der Versicherungsträger liegt.

Wenn durch diese und andere Maßnahmen der Versicherungsträger die öffentliche Gesundheitspflege noch weiter wesentlich gefördert und ein weiteres Herabgehen der Zahl der Todesfälle erzielt werden kann, so darf man sich doch keiner Täuschung darüber hingeben, daß alles dies ein ausreichendes Mittel zur Bekämpfung des Geburtenrückganges nicht ist. Die Abnahme der Zahl der Todesfälle findet ihre natürliche Grenze, die Einschränkung der Zahl der Geburten dagegen nicht. Die Zahl der Geburten kann und wird, wenn nicht energische Maßnahmen dagegen ergriffen werden, weiter und weiter eingeschränkt werden. Die Verminderung der Zahl der Todesfälle kann damit nicht gleichen Schritt halten, da der Verminderung der Kindersterblichkeit, wie der Todesfälle überhaupt eine enge Grenze gezogen ist. Ich lasse hier die Berechnung von Gruber (a. a. O. S. 50,51) hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit folgen, die an Klarheit nichts zu wünschen übrig läßt.

„Man wird nicht irre gehen, wenn man annimmt, daß im günstigsten Falle die Säuglingssterblichkeit auf etwa 7% herabgesetzt werden könnte. Ob es unter unseren Verhältnissen in absehbarer Zeit gelingen wird, auf diese Säug- offene Frage. Aber selbst dann, wenn wir imstande sein sollten, eine so außerordentliche Verminderung der Säuglingssterblichkeit herbeizuführen, läßt sich leicht berechnen, daß ein weiterer Rückgang der Natalität um nur 2 auf 1000 fast lingssterblichkeit, wie sie z. B. in Neuseeland oder

auch in Norwegen besteht, zu kommen, ist eine vollständig genügen würden, um den Zuwachs von Lebenden, der nach der Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit erreicht worden ist, auszugleichen. Im Jahre 1911 wurden in Preußen 1 189 217 Kinder lebend geboren. Davon starben im ersten Lebensjahre 171 980 oder 14,17%. Bei einer Säuglingssterblichkeit von nur 7% würden nur 83 245 Kinder gestorben sein, d. h. um 88 735 Kinder weniger. Die Preußische Bevölkerung belief sich im Jahre 1911 auf rund 40,5 Millionen. Eine Lebendgeburt auf 1000 Einwohner bedeutet daher 40 500 Kinder; ein Rückgang der Natalität um 2 auf 1000 81 000, ein solcher um 3 auf 1000 121 500 Kinder."

Was von der Säuglingssterblichkeit gilt, gilt auch von anderen Todesursachen. Es ist also erforderlich, daß auch positive Maßnahmen getroffen werden, die auf eine Zunahme der Zahl der Geburten abzielen, zum mindestens eine weitere Abnahme der Zahl der Geburten verhindern.

(Schluß folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Befreiung von der Krankenkassenversicherungspflicht (RVO. § 173).

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 11. Dezember 1915 (HMBl. S. 389).

Wie mir berichtet wird, ist in den letzten Monaten häufiger beobachtet worden, daß aus dem Militärdienste mit oder ohne Versorgung entlassene Mannschaften, insbesondere Kriegsbeschädigte, in industriellen Betrieben nur dann Arbeit erhalten, wenn sie sich auf Grund des § 173 der Reichsversicherungsordnung von der Versicherungspflicht befreien lassen.

Ein solches Verfahren, das große Härten hervorrufen muß und scharf zu mißbilligen ist, widerspricht den Vorschriften des § 173 a. a. O., wonach auf Antrag lediglich befreit werden kann, wer „auf die Dauer nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig ist". Um solchen Mißbräuchen zu begegnen, ist es erforderlich, daß die Kassenvorstände Befreiungsanträge nur dann genehmigen, wenn festgestellt worden ist, ob die Antragsteller tatsächlich nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig sind und dieser Zustand als dauernd angesehen werden muß.

Ich ersuche, die Versicherungsämter, zugleich unter Hinweis auf § 175 Abs. 2 a. a. O., anzuhalten, daß sie den Kassenvorständen nahelegen, bei Entscheidungen über Befreiungsanträge hiernach zu verfahren.

Beschäftigung von Arbeitern einer deutschen Firma in Russisch-Polen; Versicherungspflicht?

Entsch. des **Versicherungsamts Kiel** vom 28. Dezember 1915 (G III 117/15).

Eine Firma in Kiel beschäftigt bei umfangreichen Tiefbauarbeiten, die sie im Auftrage der Deutschen Heeresverwaltung in Russisch-Polen ausführt, eine Reihe von deutschen Arbeitern, die sie zum Teil von Kiel aus dorthin entsandt hat. Sie nahm für diese (einzeln aufgeführten) Arbeiter die Mitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse Kiel in Anspruch. Die Kasse verhielt sich ablehnend. Das von der Firma angerufene Versicherungsamt verneinte die Mitgliedschaft aus folgenden Gründen:

Die in Frage stehenden Arbeiten finden nicht im Bezirk der Kieler Ortskrankenkasse, sondern im Ausland statt. Maßgebend für die Kassenzuständigkeit ist der Beschäftigungsort. Als solcher gilt der Betriebssitz — nur wenn dieser maßgebend ist, läßt sich die Zuständigkeit der Kieler Kasse begründen — nur ausnahmsweise, nämlich für Beschäftigungsverhältnisse ohne feste Betriebsstätte (§ 154 RVO). Es ist aber nach Art und Umfang der in Frage stehenden Arbeiten zweifellos, daß die Firma in Polen, also im Ausland, eine feste Arbeitsstätte (Betriebsstätte) im Sinne des § 153 RVO. hat (vgl. Hahn, Handbuch, § 153 Anm. 2, Hanow, § 153 Anm. 4). Damit entfällt die Zuständigkeit der Kieler Ortskrankenkasse wie die jeder sonstigen deutschen reichsgesetzlichen Krankenkasse. Ob etwa anders zu entscheiden sein würde, wenn die Firma eine eigene Betriebskrankenkasse besäße, kann dahingestellt bleiben, denn eine solche besteht nicht. Auch ist hier nicht zu prüfen, ob vielleicht im Einzelfall die Voraussetzungen für freiwillige Weiterversicherung bei einer deutschen Kasse vorgelegen haben oder vorliegen. Ebensowenig ist der Frage vorgegriffen, ob für die Unfall- und die Invalidenversicherung etwa unter dem Gesichtspunkt der Ausstrahlung des heimischen Betriebes anders zu entscheiden ist; denn für das Gebiet der Krankenversicherung ist die Rechtslage eben eine andere, als für die übrigen Versicherungszweige (vgl. dazu Traendner, Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenvers. 1915 Sp. 615 ff. und Hahn, Arbeiterversorgung 1915 S. 697 ff.).

Das Ergebnis ist also, daß die betreffenden Arbeiter aus dem Versicherungszwang der deutschen Krankenversicherung herausfallen. Das mag

bedauerlich sein, ist aber in der Eigenart der Sachlage, der nur durch besondere Vorschriften Rechnung getragen werden könnte, begründet. Als richtig erweist sich das gewonnene Ergebnis auch darin, daß es der Kieler Kasse ja offenbar ganz unmöglich ist, in Russisch-Polen ihrer Satzung gemäß Krankenhilfe zu gewähren.

Die Annahme versicherungspflichtiger Beschäftigung erfordert auch die Feststellung, wer Arbeitgeber ist.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 4. Oktober 1915 (2107 Amtl. Nachr. 1915 S. 756).

Die dem Urteil des Oberversicherungsamts zu Grunde liegende Annahme, es genüge festzustellen, daß der Kläger entweder zu dem Inhaber des Betriebs oder zu dem Generalpächter der Toiletten in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse gestanden habe, beruht auf einer unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes. Das Oberversicherungsamt übersieht dabei, daß das Gesetz bei den Vorschriften über die Versicherungspflicht stets an das konkrete Arbeitsverhältnis anknüpft. Ein nach dem Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis ist ohne Beziehung zu einem oder mehreren bestimmten Arbeitgebern nicht denkbar. Denn es beruht auf persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit des Beschäftigten von einem oder mehreren bestimmten Arbeitgebern (zu vgl. Ziff. 11 und 77 der Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. 1912 S. 721 ff.). Aber auch für eine wirksame Durchführung der Krankenversicherung genügt es nicht, wenn lediglich festgestellt wird, daß der Arbeiter versicherungspflichtig beschäftigt ist. Vielmehr bedarf es der Feststellung, wer Arbeitgeber ist, da seine Mitwirkung nicht entbehrt werden kann (zu vgl. auch Rosin, Recht der Arbeiterversicherung Band 2 S. 45). Gerade auf dem Gebiete der Krankenversicherung sind die Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Versicherungsträger am weitesten ausgestaltet. Zunächst hängt unter Umständen die Entscheidung, welcher Kasse der Beschäftigte als Mitglied angehört, davon ab, wer sein Arbeitgeber ist (zu vgl. §§ 245 ff. RVO.). Aber auch wo die Kassenzugehörigkeit an sich keinem Zweifel unterliegt, bedarf es dieser Feststellung. Der Arbeitgeber hat, soweit es sich nicht um unständig Beschäftigte handelt, jeden von ihm versicherungspflichtig Beschäftigten zu melden (zu vgl. §§ 317, 444). Die Meldung bildet in jedem einzelnen Falle die Grundlage für die Beitragsbemessung. Die Kasse hat daher ein besonderes Interesse daran, über die Person des Arbeitgebers im klaren zu sein, zumal dieser grundsätzlich nach § 393 unbeschadet seines Rechtes, den auf den Versicherungspflichtigen entfallenden Beitragsteil vom Barlohn abzuziehen (§ 344), die Beiträge für ihn einzuzahlen hat. Rückstände solcher Beiträge können nur von ihm beigetrieben werden (§ 28). Endlich ist er nach §§ 531 ff. auch strafrechtlich verantwortlich. Hiernach ergibt sich, daß das Oberversicherungsamt sich nicht mit der Feststellung begnügen durfte, der Kläger habe zu dem Inhaber des Betriebs oder dem Generalpächter der Toiletten in einem die Versicherungspflicht bedingenden Beschäftigungsverhältnisse gestanden, wobei noch bemerkt werden mag, daß außer diesen Personen gegebenenfalls auch noch die Unterpächter als Arbeitgeber in Frage kommen. Mit Recht hat auch die Revision zugleich eine ungenügende Aufklärung des Sachverhalts darin erblickt, daß das Oberversicherungsamt nicht eine eingehende Vernehmung der in Betracht kommenden Arbeitgeber veranlaßt und seine Entscheidung im wesentlichen lediglich auf die Angaben des Klägers gestützt hat. Nach allem war die angefochtene Entscheidung aufzuheben und die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen.

Auf die nach § 214 RVO. erforderliche Versicherungsdauer sind Zeiten der Arbeitsunfähigkeit im Falle des § 311 anzurechnen.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 25. September 1915 II a K. 96/15).

...Nach § 311 RVO. bleiben Arbeitsunfähige Mitglieder ihrer Kasse, solange sie ihnen Leistungen zu gewähren hat. Die Vorschrift entspricht dem § 54a Satz 2 des Krankenversicherungsgesetzes, der bestimmte, daß die Mitgliedschaft während des Bezugs von Krankenunterstützung fortdauert (Begr. S. 196). § 54a des Krankenversicherungsgesetzes wurde durch die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 in dieses Gesetz zu dem Zwecke aufgenommen, um zweifelsfrei klarzustellen, was auch schon vorher überwiegend angenommen wurde, daß nämlich arbeitsunfähige Versicherte während des Bezugs von Kassenleistungen trotz Lösung des Arbeitsverhältnisses Kassenmitglieder bleiben (zu vgl. Begr. zur Novelle des Krankenversicherungsgesetzes vom 10. April 1892 S. 46, Bericht der XII. Kommission, Aktenstück Nr. 381 in den stenogr. Ber. des Reichstags 8. Legislaturperiode, I. Session 1890/91, dritter Anlageband, S. 2360, Verhandlungen des Reichstags von 1891 S. 3063 und 4782). Die in Literatur und Rechtsprechung herrschende Auffassung ist deshalb davon ausgegangen, daß § 54a nach seiner Entstehungsgeschichte und Wortfassung

in diesem Sinne auszulegen ist (zu vgl. Entsch. des Preußischen Oberverwaltungsger. vom 5. März 1896, Bd. 29 S. 334 ff., v. Schicker, Krankenversicherungsgesetz 2. Aufl., Anm. 6 zu § 54a und Arbeiterversorgung Bd. 10 S. 492 und 560, Bd. 11 S. 83 und S. 621, Bd. 12 S. 533 und 591). Demnach ist auch § 311 RVO., der die Fortdauer der Kassenmitgliedschaft entsprechend § 54a KVG. regelt, nach seiner Wortfassung und seinem Zwecke auf diejenigen Fälle zu beziehen, in denen das Beschäftigungsverhältnis bei Arbeitsunfähigkeit erloschen ist, Kassenleistungen aber weiter zu gewähren sind. Die Wirkung des § 311 a. a. O. ist die Erhaltung der vollen Mitgliedschaft mit allen ihren Rechten und Pflichten, mit Ausnahme der durch § 383 ausgeschlossenen Verpflichtung zur Entrichtung von Beiträgen (zu vgl. die erwähnte Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 5. März 1896, Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 311 RVO.).

§ 214 hat die Leistungspflicht der Krankenkassen an erwerbslos Ausgeschiedene an die Voraussetzung geknüpft, daß sie während bestimmter Zeiten „versichert waren". Es fragt sich deshalb, ob dieser von der Vorschrift des § 311 abweichenden Wortfassung die Bedeutung beigelegt werden muß, daß die Zeit, in der Arbeitsunfähige nach der letzteren Vorschrift „Mitglieder bleiben", nicht in die Zeit des Versichertseins nach § 214 einzurechnen ist. Dies kann nicht angenommen werden. Denn die Begriffe „Mitgliedschaft" und „versichert" decken sich zwar nicht vollständig: der erstere bezeichnet die Zugehörigkeit zu einer Kasse, der letztere den hierdurch geschaffenen Zustand des Versichertseins. Beide Ausdrücke können aber meistens im gleichen Sinne gebraucht werden und sie werden in der Gesetzessprache auch vielfach in der gleichen Bedeutung verwendet. In dem vierten Abschnitt des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung, der unter I von der Kassenmitgliedschaft handelt, wird überwiegend statt „Versicherte" der Ausdruck „Mitglieder" oder „Mitgliedschaft" gebraucht, während in dem zweiten Abschnitt dieses Buches über den „Gegenstand der Versicherung" überwiegend der Ausdruck „Versicherte" verwendet wird, ohne daß dies indessen, wie z. B. die Fassung der §§ 190, 192 zeigt, streng durchgeführt wird. Dies legt schon die Annahme nahe, daß den Worten „versichert waren" in § 214 Abs. 1 Satz 1 keine wesentlich andere Bedeutung zukommt, als dem Ausdruck „bleiben Mitglieder" in § 311. Dazu kommt noch folgendes: Schon § 54a KVG. verwertet, ähnlich wie § 311 RVO. den Ausdruck „Mitgliedschaft"; in § 28 KVG., der dem § 214 RVO. entspricht, wird statt der in letzterer Vorschrift gebrauchten Worte „Versicherte", „die versichert waren" von einem aus der Kasse „Ausscheidenden" gesprochen, „der" einer auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes „errichteten Krankenkasse angehört hat". Es kann nun wohl keinem Zweifel unterliegen, daß es sich bei diesen in § 28 a. a. O. gebrauchten Worten nur um eine Umschreibung des in § 54a a. a. O. verwendeten Ausdrucks „Mitgliedschaft" handelte. Daß der Gesetzgeber, wenn er in § 241 RVO., statt in § 28 a. a. O. gebrauchten Worten nur um Worte „versichert waren" gebrauchte, eine sachliche Aenderung des früheren Rechts herbeiführen wollte, ist nirgends ersichtlich. Vielmehr liegt die Annahme nahe, daß es sich auch hier lediglich um eine andere Ausdrucksweise handelt, daß also die verschiedenen in § 214 und § 311 RVO. verwendeten Worte im wesentlichen den gleichen Sinn haben. Uebrigens ging schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes die überwiegende Meinung dahin, daß § 54a KVG. für die Auslegung des § 28 KVG. insofern von Bedeutung sei, als die durch die erstere Vorschrift begründete Mitgliedschaft in die dreiwöchige Versicherungsdauer des § 28 KVG. einzurechnen sei (zu vgl. die mehrerwähnte Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts, v. Schicker, a. a. O. Anm. 3 zu § 28, Arbeiterversicherung Bd. X S. 492, Bd. XI S. 83, Hoffmann in Arb.-Vers. Bd. XIII S. 220). Es darf deshalb angenommen werden, daß in den Materialien des Gesetzes darauf hingewiesen worden wäre, wenn die Absicht bestanden hätte, mit dieser Rechtsübung zu brechen, obwohl der § 54a Satz 2 KVG. im wesentlichen unverändert in die Reichsversicherungsordnung übernommen und § 28 a. a. O. in den hier maßgebenden Vorschriften lediglich redaktionell geändert worden ist. Ein solcher Hinweis ist aber nirgends erfolgt. Nach alledem muß angenommen werden, daß die Worte „versichert waren" in § 214 RVO. nichts wesentlich anderes bedeuten sollen, als der Ausdruck „Mitglieder bleiben" in § 311 a. a. O. Daraus ist in Uebereinstimmung mit der bisherigen herrschenden Auffassung die Folgerung zu ziehen, daß die durch § 311 RVO. gedachten Mitgliedszeiten in die Versicherungsdauer des § 214 einzurechnen sind (übereinstimmend Olshausen, Anm. 4a zu § 214 RVO., Hoffmann, Monatsschr. für Arbeiter- und Angestelltenvers., 1915 Sp. 563/564)...

Der Senat hat nicht verkannt, daß die Einrechnung der durch § 311 gedeckten beitragslosen Zeiten in die Versicherungsdauer des § 214 zu unerwünschter Belastung der Kassen führen kann. Denn sie hat zur Folge, daß erwerbslos Ausgeschiedene unter Umständen schon nach kurzer Beitragsleistung die Vergünstigung des § 214 erwerben. Im Wege der Gesetzesauslegung kann dem indessen nicht begegnet werden, da die anrechenbare Versicherungsdauer im Gesetze selbst

nicht auf die durch Beitragszahlungen gedeckten Versicherungszeiten beschränkt ist. Zum Schutze der Kassen gegen mißbräuchliche Ausnutzung hat der Gesetzgeber offenbar eine Verlängerung der Versicherungsdauer in § 214, die in § 28 KVG. nur drei Wochen betragen hat, für ausreichend erachtet.

Strafvorschriften der Krankenordnung gegen bezugsberechtigte Familienangehörige.

Entsch. des Oberversicherungsamts Stuttgart vom 6. Dezember 1915.

Im Jahrgang 1915 Heft 22 S. 527 Ziff. 10 haben wir die Gültigkeit einer Vorschrift der Krankenordnung erörtert und verneint, wonach „bei gröberen Verfehlungen" gegen die Krankenordnung den Familienangehörigen die Krankenpflege für die Dauer der Krankheit oder für das laufende Kalenderjahr sollte entzogen werden können. In dem dort behandelten Falle hat auch das Versicherungsamt einer solchen Bestimmung die Genehmigung versagt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist vom Oberversicherungsamt zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Daß die Aenderung der Krankenordnung von dem Versicherungsamt angeordnet werden kann, ergibt sich aus § 347 Abs. 3 letzter Satz der Reichsversicherungsordnung. Im vorliegenden Fall ist eine solche Anordnung nicht ungerechtfertigt. Sollen den Versicherten selbst in der Krankenordnung Verpflichtungen in Beziehung auf das Verhalten ihrer Familienangehörigen auferlegt werden, so kann dies nicht in der bisherigen allgemeinen Weise geschehen, welche den Umfang der Verpflichtungen nicht im einzelnen ersehen läßt.

Aber auch die neue Bestimmung, welche nach den Absichten der Kasse die bisherige ersetzen soll, läßt sich mit dem Gesetz nicht vereinbaren. Kassenleistungen, zu welchen auch die satzungsgemäßen Mehrleistungen gehören, können den Berechtigten nur in den im Gesetz bzw. in der Satzung ausdrücklich bezeichneten Fällen entzogen oder vorenthalten werden (RVO. § 184 — die Verweigerung der gemäß § 184 Abs. 3 angeordneten Krankenhauspflege bewirkt Verlust der Krankenhilfe für die Zeit der Weigerung —, § 192, § 212 Abs. 2, § 216). Es kann auch nach der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 17. April 1915 satzungsmäßig die Gewährung der Mehrleistungen nicht davon abhängig gemacht werden, daß die Kassenmitglieder und deren Angehörige nicht gegen § 529 RVO. verstoßen, oder daß die Kassenmitglieder und ihre Angehörigen den Anordnungen des Arztes bzw. des Kassenvorstandes Folge leisten. Sind solche Bestimmungen schon der Satzung einer Krankenkasse verwehrt, so können sie noch viel weniger in einer Krankenordnung Aufnahme finden. Die Maßnahmen, welche zur Erzwingung der Beachtung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung getroffen werden können, sind in § 529 RVO. erschöpfend aufgezählt. Zu ihnen gehört die zeitweilige oder völlige Entziehung der Familienangehörigen eingeräumten Kassenleistungen nicht. Auf diese Mehrleistungen, deren zeitweilige Entziehung vorgesehen werden will, haben die Kassenmitglieder bzw. ihre Angehörigen ein gesetzlich begründetes Recht. Dieses kann ihnen nicht durch die Krankenordnung entzogen oder gekürzt werden.

Das Versicherungsamt hat daher dieser Bestimmung mit Recht die Genehmigung versagt und es konnte der von dem Vorstandsvorsitzenden gegen den Bescheid des Versicherungsamts eingelegten Beschwerde keine Folge gegeben werden.

Zu der Untersuchung der Frage, ob die Familienangehörigen von Kassenmitgliedern, wie von dem Vorstandsvorsitzenden geltend gemacht wird, auch zu den Versicherten zu zählen sind, und sie dafür gegebenenfalls für Verletzungen der Krankenordnung mit Strafe bedroht werden können, war nach Lage der Sache ein Anlaß nicht gegeben.

B. Zur Unfallversicherung.

Zum Begriff des Betriebsunfalls (der Betriebsgefahr).

Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts, 1. Rek.-Sen. vom 23. Juni 1915.

Durch die Beweisaufnahme ist erwiesen, daß der Bruder des Klägers das Gewehr, durch das die Verletzung herbeigeführt wurde, zu persönlichen Zwecken an Deck gebracht hatte. Er legte es, da er sich plötzlich an das Steuer begeben mußte, in der Eile zwischen Mast und Spille nieder, so daß es auf der Ankerkette lag. Als kurz darauf der Kläger zum Ankern klar machen wollte, hob er das Gewehr auf, weil es im Wege lag, und wollte es in die Kajüte tragen. Dabei kam das Gewehr infolge einer Sturzsee zur Entladung, und der Kläger wurde erheblich am rechten Arme verletzt. Der Kläger ist also, da das Gewehr beim Ankern hinderlich war und auch für die im Betriebe beschäftigten Personen bei dem hohen Seegang eine Gefahr bedeutete, bei einer dem Betriebe dienlichen und deshalb ihm zuzurechnenden Verrichtung verunglückt. Der Unfall ist aber auch insofern durch eine Betriebsgefahr verursacht worden, als Nielsen infolge einer Sturzsee mit dem Gewehr gegen die Kajütentür stieß. Er war mithin der Gefahr, der er erlegen ist, durch seine Betriebsarbeit erst ausgesetzt. Aus

diesen Gründen hat das Reichsversicherungsamt einen Betriebsunfall für vorliegend erachtet und demgemäß die Beklagte zur Entschädigung des Klägers verurteilt.

Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit der Verkaufsstellen der Konsumanstalt eines Fabrikbetriebes.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1915.

Es handelt sich bei den sechs räumlich nahe bei einander liegenden Verkaufsstellen der Konsumanstalt der Firma Henschel & Sohn in Hattingen um ein kaufmännisches Unternehmen, das über den Umfang des Kleinbetriebs hinausgeht, da in ihm 28 Angestellte jährlich durchschnittlich 8300 Arbeitstage aufwenden. Dieses Unternehmen stellt einen Detailhandelsbetrieb dar, der bei der Detailhandels-Berufsgenossenschaft versicherungspflichtig ist, sofern er nicht als Bestandteil oder Nebenbetrieb des Herstellungsbetriebs der Firma anzusehen ist. Als Bestandteil kann er nicht gelten, wie das Oberversicherungsamt zutreffend ausgeführt hat. Aber er bildet auch keinen Nebenbetrieb, da zwar der räumliche, in gewissem Sinne auch ein wirtschaftlicher Zusammenhang, nicht aber ein solcher in betriebstechnischer Hinsicht gegeben ist. Denn es findet weder eine wechselweise Beschäftigung der Arbeiter noch gemeinsame Benutzung von Betriebsmitteln statt. Es handelt sich daher um ein selbständiges Unternehmen, das im Betriebsverzeichnis der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft zu löschen und der Detailhandels-Berufsgenossenschaft zu überweisen ist.

Die Abfindung der wiederverheirateten Witwe (§ 589 RVO) wird durch Nichtigkeitserklärung der Ehe hinfällig.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 16. Oktober 1915 (Ia. 7106/14).

Die Klägerin bezog seit dem Jahre 1903 aus Anlaß des tödlichen Unfalls ihres Ehemannes die ihr als Witwe zustehende Hinterbliebenenrente. Am 15. Juli 1906 ging sie eine neue Ehe ein und wurde darauf von der Beklagten gemäß § 16 Abs. 2 GUVG.*) mit 60% des Jahresarbeitsverdienstes abgefunden. Demnächst wurde durch Urteil der Zivilkammer des Königlichen Landgerichts in St. vom 5. Dezember 1912 die zweite Ehe auf Grund des § 1326 BGB. für nichtig erklärt, weil B. zur Zeit der Eheschließung mit einer anderen Frau in einer gültigen Ehe lebte. Die Klägerin beansprucht jetzt Wiedergewährung der Hinterbliebenenrente und Nachzahlung der fälligen Rentenbeträge vom Tage der Einstellung der Rente ab. Das Oberversicherungsamt hat den Anspruch mit Recht für begründet erachtet. Eine nach den §§ 1325 bis 1328 BGB. nichtige Ehe besteht von Anfang an nicht, sie ist, bis sie für nichtig erklärt wird, nur dem Scheine nach gültig. Dem die Nichtigkeit aussprechenden Urteile kommt nur deklaratorische Bedeutung zu, es entscheidet dahin, daß die Nichtigkeit von Anfang an bestanden hat. (Zu vgl. Planck, BGB., 3. Aufl., Bd. 4 S. 48, Vorbem. zum dritten Teil unter II.) Im vorliegenden Falle ist demnach die Ehe der Klägerin mit B. rechtlich so anzusehen, als ob sie überhaupt nicht geschlossen worden wäre. Daraus folgt, daß der Fall der Wiederverheiratung der Klägerin, der kraft Gesetzes die Abfindung zur Folge haben mußte, nicht vorgelegen hat, und das Recht der Klägerin auf die Hinterbliebenenrente ist mithin nach wie vor begründet. Zutreffend hat auch das Oberversicherungsamt festgestellt, daß sich die Beklagte für ihre abweichende Ansicht nicht auf § 1344 BGB. berufen kann, wonach einem Dritten gegenüber, der sich im Vertrauen auf die Gültigkeit der Ehe mit einem der Ehegatten auf ein Rechtsgeschäft eingelassen hat, aus der Nichtigkeit der Ehe Einwendungen gegen die Wirksamkeit des Rechtsgeschäfts nicht entgegengehalten werden können. Denn diese Vorschrift beschränkt sich auf den rechtsgeschäftlichen Verkehr, sie bezieht sich nicht auf den kraft Gesetzes eintretenden Erwerb von Rechten. (Zu vgl. Planck, a. a. O. S. 79, Anm. 3 zu § 1344.) Bei der Abfindung der Witwe im Falle des § 16 Abs. 2 GUVG. handelt es sich aber nicht um ein Rechtsgeschäft des § 1344 BGB., sondern nur um eine sich unmittelbar aus dem Gesetz mit Notwendigkeit ergebende Folge der neuen Eheschließung. Die Beklagte kann ferner auch nicht einwenden, daß die nachzuzahlenden Rentenbezüge teilweise verjährt seien. Gemäß § 20 Abs. 3 RVO. verjährt der Anspruch auf Leistungen der Versicherungsträger im allgemeinen in vier Jahren nach der Fälligkeit. Fällig ist ein Anspruch in dem Augenblick, in welchem die geschuldete Leistung vom Schuldner bewirkt werden muß (zu vgl. § 271 BGB.). Wenn nun auch im vorliegenden Falle die neue Ehe als von Anfang an nichtig anzusehen und deshalb der Anspruch der Klägerin auf Hinterbliebenenrente niemals erloschen gewesen ist, so konnte doch die Klägerin nach § 1329 BGB. den Anspruch solange nicht geltend machen, als nicht die Nichtigkeit ihrer zweiten Ehe im Wege der Nichtigkeitsklage durch richterliches Urteil festgestellt war. Bis dahin konnte die Beklagte, gestützt auf die formell be-

*) Jetzt § 589 RVO.

stehende Eheschließung, die Zahlung der Rente verweigern. Wurde aber der Anspruch auf die Rente erst fällig mit der Nichtigkeitserklärung, so ist die Verjährung nicht eingetreten. Hiernach hat die Beklagte die Rentenbeträge vom Tage der Einstellung der Rente ab nachzuzahlen. Daß sie dagegen die zu Unrecht gezahlte Abfindungssumme aufrechnen kann (§ 622 RVO.), ist klar und wird von der Klägerin auch nicht bestritten. (Volkstüml. Zeitschr.)

Bei Neufeststellung einer Dauerrente nach Heilanstaltpflege ist der Rekurs immer zulässig.

Rek.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 30. Juni 1915 (2834 Amtl. Nachr. 1915 S. 745).

Das Oberversicherungsamt ist bei der am Schlusse des angefochtenen Urteils erteilten Rechtsbelehrung offenbar davon ausgegangen, daß es sich im gegenwärtigen Verfahren um die Neufeststellung einer Dauerrente wegen Veränderung der Verhältnisse im Sinne des § 1700 Nr. 8 RVO. handele. Richtig ist, daß die im Jahre 1911 festgestellte Teilrente des Klägers, da sie nach Ablauf von zwei Jahren seit der Rechtskraft des ersten Rentenfestsetzungsbescheids, also gemäß § 88 Abs. 2 GUVG. vom 30. Juni 1900 mit Jahresbindung festgesetzt war, als eine Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen war (zu vgl. Rekursentscheidung 2696, Amtl. Nachr. 1914 S. 480). Gleichwohl ist die nach Abschluß der Heilanstaltpflege notwendig gewordene Feststellung der Entschädigung des Klägers keine Neufeststellung im Sinne des § 1700 Nr. 8. Der erkennende Senat hat bereits in der Rekursentsch. 2828 (Amtl. Nachr. 1915 S. 695) ausgeführt, daß in Uebereinstimmung mit dem früheren Rechtszustand auch nach der Reichsversicherungsordnung zwischen der anderweitigen Feststellung der Rente „auf Grund veränderter Verhältnisse" und der Neufeststellung der Rente nach Beendigung einer Heilanstaltpflege zu unterscheiden, und daß auch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung, wie nach früherem Rechte, die durch Gewährung der Heilanstaltpflege aufgehobene Rente unabhängig von den Voraussetzungen des § 608 der Reichsversicherungsordnung festzusetzen ist.

In dem jener Entscheidung zu Grunde liegenden Falle handelte es sich darum, ob als ein neuer Bescheid, durch den die Rente wegen Aenderung der Verhältnisse neu festgestellt wird, im Sinne des § 1608 Abs. 1 auch ein Bescheid anzusehen sei, durch den nach Abschluß einer Heilanstaltpflege die Rente neu festgesetzt wird. Der Senat hat diese Frage bejaht und gezeigt, daß jene Gesetzesvorschrift bei einer ihrem Geiste und den Absichten des Gesetzgebers entsprechenden Auslegung auf jeden Bescheid anzuwenden ist, der überhaupt von einer verschiedenartigen Sachlage als Grundlage der Rentenfestsetzung ausgeht. Diese weitere Auslegung des Begriffs der veränderten Verhältnisse erscheint geboten bei der Auslegung einer Gesetzesvorschrift, die den Schutz des Verletzten bezweckt und verhindern will, daß der rechtsunkundige Arbeiter Rechtsnachteil erleidet, der in dem Vertrauen, seine Sache sei in der damit noch befaßten höheren Instanz gut aufgehoben, von einer weiteren Anfechtung später ergangener Entscheidungen absieht. Wenn der Begriff bei gleichem Wortlaut im § 1700 Nr. 8 anders auszulegen ist, so bedeutet dies keinen inneren Widerspruch. Als eine Aenderung der Verhältnisse im Sinne dieser letzteren Gesetzesvorschrift ist dem regelmäßigen Sprachgebrauche des Gesetzes entsprechend nur eine solche anzusehen, die sich durch einen Vergleich mit den für die erste Festsetzung der Dauerrente maßgebenden Verhältnissen kennzeichnet. Als eine weitere Folgerung aus der bereits angedeuteten Natur der Rente, die nach Abschluß einer Heilanstaltpflege festgesetzt wird, ergibt sich, daß § 1700 Nr. 8 auf sie nicht anwendbar sein kann.

Die auf gewichtigen rechtspolitischen Erwägungen beruhende Beschränkung des Rekurses im § 1700 Nr. 8 hat ihr Gegengewicht darin gefunden, daß, nachdem in der zweiten Lesung des Entwurfs zur Reichsversicherungsordnung der Unterschied zwischen vorläufiger Rente und Dauerrente eingeführt war, für die Aenderung von Dauerrenten ein besonders erweitertes Einspruchsverfahren verordnet ist (§§ 1600 ff. der Reichsversicherungsordnung). Die Neufeststellung der Dauerrente nach Abschluß einer Heilanstaltpflege aber steht hinsichtlich der Schätzung des Grades der Erwerbsunfähigkeit sachlich insofern der ersten Festsetzung der Dauerrente gleich, als sie von der vorhergegangenen Rentenfestsetzung losgelöst ist. Es rechtfertigt sich daher, sie auch in bezug auf die Rechtsmittel mit den gleichen Sicherheiten zu versehen wie die erste Festsetzung der Dauerrente (zu vgl. Stöcker, Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 1914 Sp. 154; Lehmann, Kommentar Anm. 11 zu § 1583 RVO. Daß dies in der Tat auch der Wille des Gesetzgebers gewesen ist, läßt sich zweifelsfrei aus der Vorgeschichte des Gesetzes nachweisen.

Die Befugnis der Berufsgenossenschaft, unabhängig von den Fristen des § 626 des Entwurfs (jetzt § 609) jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten zu lassen, war schon im § 620 des Entwurfs vorgesehen, und bereits in der Begründung zu § 626 ist hervorgehoben, daß die nach Abschluß des Heilverfahrens notwendige neue Feststellung der Entschädigung keine Neufeststellung im Sinne des § 625 (jetzt § 608) sei. § 1653 Nr. 7 des Entwurfs schloß die (ursprünglich in Aussicht genommene) Revision gegen die Urteile der Oberversicherungsämter bei der Feststellung der Entscheidung

„nach Aenderung der Verhältnisse" aus. Dazu bemerkte die Begründung (S. 505), der Paragraph gelte nicht für die Fälle der Neufestsetzung der Rente nach Beendigung einer Heilanstaltpflege; denn nach alter und wohlbegründeter Rechtsübung wurden die Fälle dieser Art von der Neufeststellung der Entschädigungen nach Aenderung der Verhältnisse streng unterschieden und es wurden auf sie die Vorschriften über die erste Feststellung der Entschädigung angewendet (zu vgl. auch § 1572). § 1572 des Entwurfs schrieb die Erteilung eines Bescheids nach Beendigung der Heilanstaltpflege vor, was in der Begründung (S. 491) als geltendes Recht bezeichnet und von § 1583 der Reichsversicherungsordnung übernommen ist, mit der klaren und von dem sonstigen Sprachgebrauch abweichenden Wendung, daß es sich bei diesem Bescheid „um die Feststellung der Leistungen nach Beendigung von Heilanstaltspflege" handelt. In der ersten Lesung des Entwurfs wurde das Rechtsmittel der Revision durch den Rekurs, in der zweiten Lesung der § 1653 des Entwurfs durch den § 1657 ersetzt, der vollinhaltlich dem § 1700 der Reichsversicherungsordnung entspricht und ohne Erörterung zu Nr. 8 angenommen wurde (Bericht der 16. Komm. über den Entw. einer RVO., Nr. 340 der Drucks. 12. Legisl.-Per. II. Session 1909/1911 S. 182).

Der Umstand, daß nach § 609 die dort vorgeschriebenen Fristen durch Einleitung eines neuen Heilverfahrens nicht berührt werden, kann eine andere Auffassung von der rechtlichen Natur der Rentenfestsetzung nach Heilanstaltpflege nicht begründen. Wenn der Gesetzgeber hier zum Schutze des Verletzten gegen zu häufige Rentenänderungen (nach rechtskräftiger Feststellung der Dauerrente oder nach Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfall) eine einjährige Schutzfrist verordnet hat, innerhalb deren die Rente unverändert weiter zu gewähren ist, so ist klar, daß dadurch das Recht der Berufsgenossenschaft, jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten zu lassen (§ 603), namentlich hinsichtlich seiner Einwirkung auf die Rente eine gewisse Beschränkung erfahren mußte. Daher war es folgerichtig, vorzuschreiben, daß, falls das Ende der Heilanstaltpflege noch in das Schutzjahr fällt, diese Frist unberührt bleibt. Das kann aber nur bedeuten, daß die Frist weiterläuft und die neue Feststellung erst mit dem Ablauf des Schutzjahrs wirksam wird. Ob in diesem Falle in dem neuen Bescheide die dem nunmehrigen Grade der Erwerbsunfähigkeit entsprechende Rente mit der Maßgabe festzustellen ist, daß bis zum Ablauf des Schutzjahrs die frühere Rente weitergezahlt wird, oder ob es geboten erscheint, die Rente nicht unmittelbar nach Beendigung der Heilanstaltspflege, sondern erst gegen Ende der Jahresfrist festzustellen, kann dahingestellt bleiben. Keinesfalls kann jene Vorschrift entgegen dem nach der Entstehungsgeschichte klar zutage liegenden und im § 1583 der Reichsversicherungsordnung deutlich ausgesprochenen Willen des Gesetzgebers zu der Annahme führen, daß auch bei einer Rentenfestsetzung nach Heilanstaltspflege stets der Nachweis einer wesentlichen Aenderung der Verhältnisse zu verlangen sei (zu vgl. Moesle-Rabeling, Kommentar 3. Aufl. Anm. 2 und 12 zu § 609 RVO.).

Von diesem Standpunkt aus ist der Rekurs des Klägers für zulässig zu erachten. Es handelt sich bei dem angefochtenen Endbescheid um die im § 1583 vorgeschriebene Feststellung der Leistungen nach Beendigung der Heilanstaltpflege, und zwar durch Dauerrente. Diese formelle Eigenschaft kommt dem Bescheide zu ohne Rücksicht auf die kurze Dauer des Heilverfahrens und ohne Rücksicht darauf, in welchem Umfang die Heilanstaltpflege während dieser Zeit tatsächlich stattgefunden hat.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1915 S. 206 ff.)

Nr. 39 Eine Telephonistin, welche ihr diktierte Ferngespräche und ebenso von ihr nach schriftlichen Vorlagen weitergegebene in Listen einzutragen hat, ist als nicht mit lediglich mechanischen Arbeiten beschäftigte Bureauangestellte anzusehen und deshalb nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 40. Die Vorschrift des § 177 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gilt nicht für solche Arbeitgeber, welche den Versicherten während des vollen Monats im Hauptberufe beschäftigen.

Nr. 56. Ein Beschäftigungsverhältnis nach § 1 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte besteht nicht mehr, wenn es durch ungerechtfertigte vorzeitige Entlassung des Angestellten tatsächlich beendet ist.

Nr. 57. Ein an einer staatlichen technischen Versuchsanstalt gegen Entgelt beschäftigter Assistent, der chemische und physikalische Untersuchungen des der Versuchsanstalt von der Industrie und anderen Instituten überwiesenen Materials vorzunehmen und Methoden für tech-

nische und andere Zwecke nachzuprüfen, aber eine Lehrtätigkeit nicht wahrzunehmen hat, ist als ein Angestellter in höherer Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 58. Ein bei einer Handwerkskammer beschäftigter Bureaugehilfe, der die Lehrlingsrolle zu führen, die Gesellen- und Meisterprüfungen bureaumäßig vorzubereiten und Auskunft über Lehrverträge und Prüfungen zu erteilen hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 59. Eine Angestellte in einem Eisenbahnverkehrsbureau, die mit Hilfe der Rechenmaschine Eintragungen in Listen zu bewirken und abgeschlossene Listen nachzuprüfen hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 60. Eine Angestellte, die zu prüfen hat, ob die aus einem Geschäft hinausgehenden Schneiderpakete mit dem richtigen Kontrollzeichen versehen sind, und die daneben das rechtzeitige Kommen und Gehen der Angestellten festzustellen hat, ist weder Handlungsgehilfin noch Angestellte in gehobener Stellung und daher nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht versicherungspflichtig.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1915 S. 225 ff.)

Nr. 61. Eine Ehefrau, deren Ehemann 4770 M. jährliches Einkommen hat, und die neben der Führung des Hauswesens durch Erteilung von Musikunterricht jährlich etwa 350 M. verdient, ist nach Nr. 1 b der zur Ausführung des § 8 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ergangenen Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 9. Juli 1913 (RGBl. S. 571) versicherungsfrei.

Nr. 62. Eine Direktrice der Putzabteilung eines Warenhauses, die das Garnieren und Fertigstellen der Hüte nach den Wünschen der Kundschaft vornimmt und bei dem Verkaufe durch sachverständigen Rat mitwirkt, ist als Angestellte in gehobener Stellung nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 63. Ein Empfangsfräulein bei einem Zahnarzt, deren Tätigkeit sich auf die üblichen Hilfeleistungen beschränkt, wie Empfang der Patienten, Staubwischen, Halten von Spülgläsern, Kopfhalten, Hämmern von Goldfüllungen, Zureichen und Reinigen der Instrumente, Abschreiben von Rechnungen, Bedienen des Fernsprechers, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 64. Eine Näherin, die von der Gemeinde mit Zustimmung der Schulbehörde zur Erteilung des lehrplanmäßigen Handarbeitsunterrichts in der Volksschule angestellt ist, ist als Lehrerin nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn sie eine durch eine Prüfung abgeschlossene Vorbildung nicht genossen hat.

Nr. 65. Eine Zuschußkasse im Sinne des § 365 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, die seit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes gemäß § 365 die Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt aus ihren Mitteln entrichtet hat, kann den Anspruch aus § 366 a. a. O. auch dann geltend machen, wenn sie erst nachträglich ihre Satzung den Vorschriften des Versicherungsgesetzes für Angestellte mit rückwirkender Kraft angepaßt hat.

Nr. 66. Eine Verkäuferin in einem Schlächterladen, die neben ihrer hauptsächlich in die Abendstunden fallenden Verkaufstätigkeit zugleich der Vorbereitung des Verkaufs dienende Arbeiten, wie Aufräumen des Ladens, Reinigen der Maschinen, Schneiden der Fleischwaren auf Vorrat u. dgl., verrichtet, ist als Handlungsgehilfin versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 67. Die bei einer Polizeiverwaltung gegen ein Jahresgehalt von 600—900 M. beschäftigten Aufsichtsdamen für das Halte-Kinderwesen sind Angestellte in gehobener Stellung und nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Erstattung der Beitragsteile Versicherungspflichtiger, die keinen Barlohn erhalten.

Erl. des preuß. Handelsmin. (an die Reg.-Präs. u. den Oberpräs. in Potsdam) v. 26. Dezember 1915 (HMBl. 1916 S. 15.)

Auf Grund des § 320 des Versicherungsgesetzes für Angestellte übertrage ich Ihnen die Entscheidung darüber, wie der Beitragsteil Versicherungspflichtiger aus ihrem Entgelt zu erstatten ist, wenn dieser nur aus Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird (§ 180 a. a. O.).

Sprechsaal.

Zur wirtschaftlichen Lage der Ersatzkassen.

Das Hilfskassenwesen ist in den letzten Jahren einer einschneidenden Veränderung unterzogen worden. Das Hilfskassengesetz wurde aufgehoben und die Kassen als „Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit" einer Reihe von anderen Gesetzen unterstellt. Die RVO. erhöhte die Anforderungen an die „Ersatzkassen", d. h. an diejenigen Versicherungsvereine, deren Mitglieder das „Ruhen" ihrer Rechte und Pflichten bei den Zwangskassen beantragen können. Das Verhältnis des Ersatzkassenmitgliedes zu seiner Zwangskasse wurde ganz anders gestaltet. Der Arbeitgeber hat auch für die Ersatzkassenmitglieder die Pflicht, bei der Zwangskasse die nötigen Meldungen zu bewirken und seinen Beitragsanteil einzuzahlen. Damit fällt für den Arbeitgeber jeder Vorteil fort, wenn die von ihm Beschäftigten einer Ersatzkasse angehören. Einen schwachen Trost brachte nur der § 518 RVO., nach dem eine Abführung von $^4/_5$ der Beitragsanteile der Arbeitgeber von der Zwangskasse an die Ersatzkasse angeordnet werden kann.

Trotz der hierdurch ganz erheblich eingeschränkten Lebensmöglichkeit der Ersatzkassen verwandelten sich doch viele freie Hilfskassen in solche. Namentlich Hilfskassen, deren Mitgliederkreis sich vorwiegend aus Handlungsgehilfen, Bureaubeamten und ähnlichen Angestellten zusammensetzt. Mit Hilfe einer umfangreichen Propaganda und hoher Aufwendungen für diese gelang es auch wieder, einen größeren Mitgliederbestand zusammenzubringen. Aber schon die kurze Zeit, seit der die neuen Einrichtungen ins Leben getreten sind, hat gezeigt, daß die Ersatzkassen zu einer Blüte nicht mehr kommen können. In verschiedener Hinsicht sind auch bei ihnen die Versicherten schlechter gestellt als bei den Zwangskassen. Abgesehen von Schwierigkeiten, die auf dem Gebiete der Verwaltung liegen (wie Arztverträge usw.), hat besonders der Krieg die Lage der Ersatzkassen ungünstig gestaltet. Da diesen Kassen hauptsächlich nur gesunde und junge männliche Personen angehören, ging durch die zahlreichen Einberufungen zum Heeresdienst die Mitgliederzahl ganz gewaltig zurück. Dadurch verminderte sich auch entsprechend die Beitragseinnahme.

Die Ersatzkassen lehnten zunächst ab, für die Kriegsteilnehmer etwa die gleichen Leistungen zu gewähren, wie die Zwangskassen das tun. Nach den Satzungen fast aller dieser privaten Kranken- und Sterbekassen scheiden Kriegsteilnehmer entweder mit dem Tage ihres Eintritts in den Heeresdienst aus der Kasse aus, oder es ruhen ihre Rechte und Pflichten während der Ausübung der Wehrpflicht oder es können die Mitglieder durch Beschluß des Vorstandes aus der Kasse ausgeschlossen werden, wenn sie in den Militärdienst eintreten. Eine Kasse drückt das in ihrer Satzung so aus: „Die Gefahr, infolge aktiver Teilnahme an Kriegen und Kriegszügen arbeits- und erwerbsunfähig zu werden, ist in die Versicherung nicht eingeschlossen." Die einzige Ersatzkasse, die bisher ihren am Kriege teilnehmenden Mitgliedern die Leistungen weiter gewährte, sofern die Mitglieder nicht freiwillig ausgeschieden waren, beabsichtigte, wie das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung mitteilt, ebenfalls eine Satzungsänderung vorzunehmen, die den Einrichtungen der anderen Kassen entspricht. Rein rechtlich genommen sind die Ersatzkassen dazu befugt; die Entscheidungen des RVA. über die Pflicht der Zwangskassen zu Leistungen auf Grund der §§ 214, 313 RVO. an die Kriegsteilnehmer haben auf die Ersatzkassen keine Anwendung. Das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung war nur in der Lage, ein Rundschreiben an die Ersatzkassen herauszugeben, in dem es auf die Bedeutung des § 214 RVO. für die Kriegsteilnehmer hinwies. Selbst zur Sache Stellung genommen hat das Amt nicht, „da die Entscheidung dem ordentlichen Gerichte vorbehalten bleiben müsse". Eine der großen Ersatzkassen hat einen Ausweg darin gefunden, daß sie durch eine Satzungsänderung den zur Fahne einberufenen Mitgliedern die Beiträge auf den dritten Teil ermäßigte, dafür ihnen aber nur das Sterbegeld, nicht auch die sonstigen Leistungen sicherte.

Trotz aller dieser Maßnahmen mußten schon inzwischen einige der Ersatzkassen sich auflösen. Eine derselben, die Kranken- und Sterbekasse des Verbandes der deutschen Versicherungsbeamten, Sitz München, gab das ihren Mitgliedern mit der Erklärung bekannt, daß „als Ursache in erster Linie die unglücklichen Lebensbedingungen, die die RVO. für die Ersatzkassen schuf", in Frage komme. Der Entwickelungsgang der Kasse ist sehr bemerkenswert. Schon am 10. Januar 1915 nahm eine außerordentliche Vertreter-Versammlung einen Zusatz-Paragraphen in die Satzung auf, nach dem von den Mitgliedern der Abteilung für Versicherungspflichtige ein einmaliger Extrabeitrag in der Höhe von sieben ordentlichen Monatsbeiträgen erhoben wurde. Sobald ein Mitglied vor endgültiger Abzahlung — der Extrabeitrag konnte in zwölf gleichen monatlichen Raten gezahlt werden — ausschied, war der ganze Extrabeitrag sofort fällig. Der Beschluß fand die Genehmigung des Kaiserlichen Aufsichtsamtes für Privatversicherung und der Extrabeitrag wurde sofort unter Androhung des „gerichtlichen Weges" eingezogen. Er konnte aber nicht mehr helfen. Die Vermögenslage der Kasse war so ungünstig, daß das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung den Konkurs beantragte, der am 22. November 1915 vom Amtsgericht in München eröffnet wurde. Am 21. Dezember 1915 fand die allgemeine Gläubigerversammlung statt. Das Amtsgericht sandte allen Mitgliedern ein Zirkular zu, in dem u. a. folgendes zu lesen war: „Nach den gesetzlichen Bestimmungen sind im Konkursverfahren von den Mitgliedern so lange Nachschüsse zu erheben, bis sämtliche vorhandenen Schulden der Kasse gedeckt sind. Der Beschluß des Vertretertages vom 4. Juli 1915, wonach Nachschüsse nicht erhoben werden sollen, war satzungs- und gesetzwidrig, und würde vom Kais. Aufsichtsamt für Privatversicherung nicht genehmigt. Der Konkursverwalter und die Liquidatoren werden ja bestrebt sein, die mit den Hauptgläubigern wegen Gewährung von Schuldnachlässen eingeleiteten Verhandlungen zu einem befriedigenden Ergebnis zu führen; trotzdem dürfte noch eine erhebliche Unterbilanz durch die Einhebung von Nachschüssen zu decken sein. Hier-

nach besteht für alle Mitglieder das dringende Interesse, daß die rückständigen Beiträge möglichst vollzählig eingehen. Das Gericht gibt sich der bestimmten Erwartung hin, daß es alle Mitglieder als Ehren- und Standespflicht betrachten werden, ihrer Beitragspflicht voll zu genügen, so daß Zwangsvollstreckungen und möglichst auch Nachschußerhebungen vermieden werden können.

Desgleichen glaubt das Gericht, von den Mitgliedern erwarten zu dürfen, daß sie auf Erhebung von Erinnerungen geringfügiger Art verzichten, da sonst bei der großen Zahl der Mitglieder und der Geringfügigkeit der einzelnen Schuldbeträge der Konkursverwaltung leicht unverhältnismäßig große Kosten entstehen könnten, die im Interesse aller Beteiligter unbedingt vermieden werden müssen".

Ueber diesen Gang der Sache herrscht unter den betroffenen Mitgliedern große Erregung. Natürlich läßt sich gegen das Verfahren des Amtsgerichts nichts einwenden. Nach dem Gesetz über die privaten Versicherungseinrichtungen — die RVO. schaltet hier vollkommen aus — haften im Falle eines Konkurses die Mitglieder für alle Schulden. Die Beitragspflicht erweitert sich demnach zu einer Haftpflicht. Ganz besonders bemerkenswert sind noch die §§ 50 bis 52 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen, nach denen ausgeschiedene Mitglieder, wenn ihr Ausscheiden innerhalb des letzten Jahres vor der Konkurseröffnung stattgefunden hat, in Ansehung der Haftung für die Schulden des Vereins noch als dessen Mitglieder gelten. Unter Umständen kann also die Heranziehung der Mitglieder zu Nachschüssen recht umfangreich und empfindlich werden.

Gewiß mögen nicht bei allzuvielen Ersatzkassen die Verhältnisse so ungünstig liegen wie bei dieser. Immerhin bildet sie einen Beweis für die Tatsache, daß die Ersatzkassen mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Die Aussichten für die Zeiten nach Beendigung des Krieges sind keineswegs günstiger.

Fr. Kleeis.

Ist zur Beschwerde wegen Nichtgenehmigung einer Aenderung der Krankenordnung ein Beschluß des Kassenausschusses erforderlich?

Anläßlich der Beschwerde einer Betriebskrankenkasse wegen verweigerter Genehmigung einer Aenderung der Krankenordnung hat ein Oberversicherungsamt im Anschluß an die Entscheidung der Beschlußkammer sich folgendermaßen vernehmen lassen: „Das Oberversicherungsamt behält sich für künftige derartige Fälle eine Prüfung der Frage vor, ob der Vorstandsvorsitzende zu der Beschwerdeerhebung ohne Auftrag oder Ermächtigung des in Sachen der Krankenordnung allein zuständigen Ausschusses befugt ist".

Abgesehen davon, daß die in § 128 RVO. vorgesehene Monatsfrist für die Einlegung einer Beschwerde dann recht kurz ist, wenn auch noch vorher der Ausschuß zur Stellungnahme dazu einberufen werden müßte, würde dadurch ein recht umständlicher (und kostspieliger) Apparat in Bewegung zu setzen sein, was kaum im Sinne des Gesetzgebers liegen konnte. Man vergegenwärtige sich einmal für einen solchen Fall den Geschäftsgang, der bei einer Betriebskrankenkasse, wo Vorstandsvorsitzender und Ausschußvorsitzender dieselbe Person ist, ungleich rascher als bei einer Ortskrankenkasse sich abwickeln wird: Eingang des ablehnenden Bescheids und Kenntnisnahme durch den Kassenvorsitzenden, Einberufung des Kassenvorstands (bei einer größeren Betriebskrankenkasse und noch weniger bei einer Ortskrankenkasse, ist dies nicht von heute auf morgen möglich, mindestens sind aber 24 Stunden als Frist für den Zusammentritt zu wahren — nach § 48 Abs. 3 der Mustersatzung), Beschlußfassung, daß wegen etwaiger Beschwerde der Ausschuß einzuberufen sei. Einberufung des Ausschusses, der höchstens eine Woche später zusammentreten kann (§ 57 Abs. 1 Mustersatzung), Beschlußfassung des Ausschusses, daß er mit Beschwerde einverstanden usw. usw.

Es würden hiernach immerhin 14 Tage herumgehen, bis die Beschwerde eingelegt werden könnte; dabei wäre aber dem Vorsitzenden gar keine Zeit zu langer Ueberlegung gegeben, und das möchte doch bei einem derartigen Schritt, wie ihn eine Beschwerde darstellt, notwendig erscheinen. Liegt also dem Ausspruch des betr. Oberversicherungsamts nicht die Absicht zu Grunde, den Beschwerdeweg möglichst zu erschweren, so würde diese Heranziehung des Kassenausschusses mindestens eine Geschäftsvermehrung und Geschäftserschwerung darstellen, ohne daß materiell ein anderes Ergebnis erzielt würde; namentlich wenn man bedenkt, daß die einzelnen Ausschußmitglieder gar nicht so gesetzeskundig sind, um ermessen zu können, ob eine Beschwerde Aussicht haben kann oder nicht, kann man sich eines Kopfschüttelns nicht erwehren.

Allerdings ist nach allgemeinen Grundsätzen beschwerdeberechtigt derjenige, der durch die angefochtene Entscheidung in einem Recht oder rechtlich geschützten Interesse verletzt worden ist. Verletzt wird aber bei Nichtgenehmigung einer Aenderung der Krankenordnung oder Satzung nicht der Kassenausschuß als solcher (obwohl er die betreffende Aenderung beschlossen hat), sondern die Krankenkasse als ganzes, in deren Interesse dem Ausschuß (als ihrem zuständigen Organe) die betreffende Aenderung vom Kassenvorstand zum Beschluß unterbreitet worden ist.

Der Vorstand hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters der Kasse als Gesamtheit; er vertritt sie und ihre Interessen — abgesehen von § 61 Abs. 2 der Mustersatzung — gerichtlich und außergerichtlich. Wenn also nach §§ 59, 61 der Mustersatzung der Ausschuß durch gültigen Beschluß hinsichtlich der Krankenordnung seinen Willen bezw. seine Absicht kundgegeben hat, so ist es doch gewiß Sache des Vorstands, dieser Willenskundgebung gerecht zu werden, d. h. den Beschluß der Aufsichtsbehörde vorzulegen und nach seiner Genehmigung die weiteren Ausführungen zu besorgen, oder aber bei etwaiger Versagung der Genehmigung von sich aus, sofern nach innen die Vertretungsvollmacht des Kassenvorstands nicht eingeschränkt ist bezw. ausdrücklich zur Vornahme irgendwelcher Rechtsgeschäfte die Zustimmung oder Mitwirkung des Ausschusses vorgesehen wurde, mit den gesetzlich vorgesehenen Mitteln dagegen vorstellig zu werden — und in dem Sinn wird eigentlich wohl jeder Ausschuß seinen Beschluß aufgefaßt sehen wollen!

Dieser Ansicht scheint auch Hahn (s. dessen Kommentar zu § 347 RVO.) zu sein; er schreibt darüber folgendes: „Die Beschwerde ist vom Vor-

stande, der den Beschluß des Ausschusses zur Genehmigung vorzulegen hat, nach §§ 128, 129, 1792 zu erheben". Die Ansicht jenes Oberversicherungsamts scheint hienach mehr als strittig zu sein.

Um aber allen Möglichkeiten vorzubeugen, wird es für die Krankenkasse sich empfehlen, gleich beim Beschluß einer Satzungs- oder Krankenordnungs-Aenderung, den Ausschuß in Erweiterung seines Beschlusses auch noch **die Ermächtigung des Kassenvorstands zur Beschwerde bei etwaiger Versagung der Genehmigung auszusprechen zu lassen.**

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Von der Landesversicherungsanstalt Berlin.

Am 1. Januar 1891 ist das Gesetz, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889 in Kraft getreten. Die der Durchführung des Gesetzes dienenden Versicherungsanstalten konnten hiernach am 1. Januar dieses Jahres das Fest ihres fünfundzwanzigjährigen Bestehens feiern. Ebensolange waltet bei der Landesversicherungsanstalt Berlin deren verdienstvoller, schaffensfreudiger Vorsitzender des Vorstandes, Landesrat Dr. **Freund** seines Amtes. Daran erinnert der Direktor des statistischen Bureaus der Anstalt, Dr. **Rothholz** in einem Aufsatz im „Berliner Tageblatt" (vom 12. Januar 1916), worin zunächst darauf hingewiesen wird, wie diese Anstalt frühzeitig den fruchtbringenden Gedanken aufnahm und durchführte, durch das „vorbeugende Heilverfahren" die Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst lange zu erhalten. „Schon in der zweiten Hälfte des Jahres 1894 eröffnete die Landesversicherungsanstalt Berlin ein eigenes Sanatorium in dem von der Stadt Berlin gepachteten Herrenhaus Gütergotz für chronische Kranke mit Ausschluß von Lungenkranken. Letztere wurden in fremden Heilstätten durch die Versicherungsanstalt untergebracht. Als aber im Laufe der Jahre sich die Anträge von tuberkulösen Versicherten mehrten und der Kampf gegen die Lungenschwindsucht unter Anregung von Koch mehr und mehr auf die Versicherungsanstalten überging, entstand bei der Landesversicherungsanstalt der große Plan, für die Gesamtheit der Versicherten und für alle Arten von Krankheiten einen großen Heilstättenkomplex zu errichten. Die Heilstätten in Beelitz sind eine der größten Anlagen Deutschlands; in Friedenszeiten stellt die Versicherungsanstalt 800 bis 900 Betten lungenkranken Arbeitern und Arbeiterinnen und 300 bis 400 Betten sonstigen Kranken zur Verfügung; außerdem befindet sich auf dem Terrain eine kleine Station für Geschlechtskranke. Welchen Umfang das Heilverfahren der Landesversicherungsanstalt Berlin in den letzten Friedensjahren angenommen, mögen folgende Zahlen beleuchten: Im Jahre 1913 ließ die Landesversicherungsanstalt Berlin nicht weniger als 12 000 Berliner Arbeitern und Arbeiterinnen ein Heilverfahren angedeihen, was ungefähr 2% der versicherungspflichtigen Bevölkerung Berlins bedeutet. Durch den Krieg ist natürlich das Heilverfahren eingeschränkt worden, aber soweit es irgendwie durchführbar ist, ist der Kampf gegen die Lungenschwindsucht aufrecht gehalten worden, in gewisser Beziehung sogar erweitert worden, insoweit als die Mittel für die Erhaltung der Gesundheit des Nachwuchses der Berliner Arbeiterschaft durch Einleitung von Heilverfahren für lungenkranke Kinder im neuen Etat ganz wesentlich erhöht worden sind. Hierbei muß auch der Fürsorge gedacht werden, deren sich die tuberkulosen Arbeiterfamilien durch die Landesversicherungsanstalt erfreuen. In ihrem Verwaltungsgebäude hat die Versicherungsanstalt eigene Tuberkulosestationen errichtet, von denen aus die Ueberwachung der aus den Heilstätten Entlassenen und die Durchführung von Maßnahmen zum Schutze des gesunden Teiles der Arbeiterbevölkerung vor tuberkuloser Ansteckung betrieben wird. . . Die Beschaffung von besonderen Betten für die Lungenkranken, Mietszuschüsse usw. sind weitere Maßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberkulose in den Familien. In geeigneten Fällen wird auch das eigene Röntgenkabinett und die Tuberkulinstation in Lichtenberg zu sicherer Diagnostik herangezogen.

Auch auf einem anderen Fürsorgegebiet hat die Landesversicherungsanstalt Berlin einen Schritt vorwärts getan. Sie war die erste Anstalt, welche in großem Umfange Mittel zur Durchführung der Zahnfürsorge ihrer Versicherten aufwendete. In ihrem eigenen zahnärztlichen Institut werden in normalen Zeiten durchschnittlich 4000 bis 5000 Gebisse angefertigt und repariert mit einem Kostenaufwand von über 100 000 M.

Vor ganz neue Aufgaben hat der Krieg die Landesversicherungsanstalt gestellt. Unmittelbar nach Ausbruch des Krieges wurden die Beelitzer Heilstätten dem Roten Kreuz zur Verfügung gestellt. Als Ersatz für die Beelitzer Heilstätten wurde für lungenkranke Frauen die Tuberkulinstation in Lichtenberg benutzt. Das zahnärztliche Institut und das Röntgen-Kabinett wurde der Heeresverwaltung zur Behandlung von Verwundeten angeboten. Ungemein vielseitig entwickelte sich die Tätigkeit der Versicherungsanstalt auf den verschiedensten Gebieten der Wohlfahrtspflege, die sich nicht nur auf **die minderbemittelte Zivilbevölkerung Berlins**, sondern auf das Feldheer erstreckt. In erster Linie ist da zu nennen die Fürsorge für die arbeitslosen Versicherten, für die der Vorstand und Ausschuß 5 Millionen M. in Aussicht nahm; bisher sind rund 1 Million Mark als Arbeitslosenunterstützung an Berliner Arbeiter von der Versicherungsanstalt ausgezahlt worden. An außerordentlichen Kriegshilfen für gemeinnützige Zwecke hat die Versicherungsanstalt über 300 000 M. bewilligt und an der Zeichnung der Kriegsanleihe sich mit 25 Millionen beteiligt.

Trotz des Krieges und der vermehrten Ausgaben ist das Vermögen der Landesversicherungsanstalt Berlin im ersten Kriegsjahre 1914 um mehrere Millionen Mark gewachsen. Am 1. Juni 1915 belief es sich über 112 Millionen M. gegen 108 Millionen M. der gleichen Zeit des Vorjahres. Der neue Etat für das Verwaltungsjahr schließt in

Einnahmen und Ausgaben mit über 18 Millionen ab. Einzelne Daten können ein allgemeines Interesse beanspruchen. Der Erlös aus Markenbeiträgen ist auf 12 Millionen veranschlagt, die Zinseneinnahmen auf rund 4 Millionen, dagegen die Rentenleistungen auf 8 Millionen und die Kosten für das Heilverfahren auf fast 5 Millionen, darunter 100 000 M. für die Fürsorge von Kriegsverletzten, 94 000 M. zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten und Seuchen und 30 000 M. für Kinderkuren. Während der vergangenen 25 Jahre hat die Versicherungsanstalt Berlin über 100 000 Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenrenten festgesetzt, von denen rund 40 000 noch gegenwärtig laufen. Durch den Krieg wurden die Lasten der Hinterbliebenenfürsorge schon jetzt ganz erheblich gesteigert, und als Folge des Krieges dürfte auch die Invalidenrentenbelastung zunehmen. Die finanzielle Lage der Versicherungsanstalt Berlin ist aber so gefestigt, daß sie mit Ruhe der weiteren Entwicklung entgegensehen kann.

Ausschußsitzung der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte.

In der am 20. Dezember 1915 in Lübeck abgehaltenen Ausschußsitzung ging der Vorsitzende des Vorstandes, Geh. Regierungsrat Bielefeldt auf den gedruckt vorliegenden Geschäftsbericht für 1914 und des Sonderberichts über die Kranken-, Invaliden- und Kinderfürsorge im Jahre 1914 ein. Während der Ausfall an Beiträgen 1914 noch nicht so groß war, werde derselbe in 1915 aber 22% betragen. Die Neubewilligungen von Invalidenrenten sind nicht so zahlreich, wie infolge des Krieges befürchtet worden sei, dagegen sei die Zunahme der Waisenrenten ganz bedeutend. Ueber die aus den Kriegsbewilligungen bisher geleisteten Zahlungen teilte Redner weiter mit, daß von den durch Beschluß des Vorstandes und Ausschusses im September 1914 zur Verfügung gestellten 3½ Millionen Mark bisher 2 747 555 M. verausgabt worden sind. Davon sind Hamburg 1 911 000 M. zugeflossen und zwar: dem Roten Kreuz in Hamburg 106 000 M., der Kriegshilfe in Hamburg 540 000 M., der Behörde für das Versicherungswesen 655 000 M., dem Hamburgischen Landesausschuß für Kriegsbeschädigte 10 000 M., dem Bauverein in Hamburg als Hypothekdarlehen 500 000 M. und dem Magistrat in Bergedorf 100 000 M. zur Steuerung der Hypothekennot als Darlehen. Lübeck hat insgesamt 218 000 M. erhalten, und zwar das Rote Kreuz 90 000 M., die Kriegshilfe 75 000 M., der Landesausschuß für Kriegsverletzte 3000 M. und der Gemeinnützige Bauverein als Hypothekdarlehen 50 000 M. Für Bremen sind insgesamt 445 000 M. aufgewendet worden, wovon erhalten haben: der Zentral-Hilfs-Ausschuß vom Roten Kreuz in Bremen 304 000 M., der Stadtrat in Bremerhaven für Kriegsversicherungszwecke 20 000 M., der Ausschuß für Kriegsbeschädigtenfürsorge in Bremerhaven 1000 M. und der gemeinnützige Hypotheken- und Treuhandverein in Bremen als Hypothekdarlehen 120 000 M. An Stellen außerhalb des Bezirkes der Versicherungsanstalt sind für Kriegswohlfahrtszwecke 173 555 M. gezahlt worden. Zur Verfügung stehen von den 3½ Millionen Mark noch 752 445 M. Ferner standen die Heilstätten Oderberg-Gebhardsheim und Glückauf in den ersten Monaten kostenlos, jetzt gegen mäßige Entschädigung von 3,50 M. täglich für den Kranken zur Verfügung der Militärbehörde. An Kriegsanleihen sind 30 Millionen Mark gezeichnet worden. — Aus dem Geschäftsbericht geht noch hervor, daß die Anträge auf Einleitung des Heilverfahrens gegenüber dem Vorjahre eine Zunahme von 10% aufwiesen. — Die Gesamtzahl der Waisen, die sich 1914 in Waisenfürsorge befanden, stellte sich auf 315, darunter 161 Knaben und 154 Mädchen. Seit September 1915 sind auch bereits 50 Waisen gefallener oder ihren Wunden erlegener Kriegsteilnehmer in dem neu errichteten Erweiterungsbau des eigenen Erholungsheims Groß-Hansdorf aufgenommen worden. In Heilfürsorge kamen 1914 insgesamt 154 kranke Kinder.

Was die der Behörde für das Versicherungswesen in Hamburg überwiesene Summe von 655 000 M. anbetrifft, so handelt es sich dabei um Beiträge für die freiwillige Fortsetzung der Kranken- und Invalidenversicherung und die Aufrechterhaltung von Lebens-, Volks- und anderen Versicherungen bei Kriegsteilnehmern und Erwerbslosen. Von dieser Summe waren bis Dezember 1915 bereits 625 000 M. verausgabt worden und zwar zum weitaus größten Teile für die freiwillige Fortsetzung der Krankenversicherung. Mit Rücksicht auf die lange Dauer des Krieges haben diese Ausgaben einen Umfang angenommen, daß der Vorstand glaubte, die Aufwendung so außerordentlich großer Mittel für diese Zwecke nicht weiter verantworten zu können. Einmal würden dadurch Lübeck und Bremen gegenüber Hamburg bedeutend benachteiligt, dann aber reichten auch die verfügbaren Mittel der Versicherungsanstalt dazu nicht aus. Mit dem Hinweis, daß die Anregung zur Hergabe dieser Mittel in der Hamburger Bürgerschaft von einem dem Ausschuß angehörenden Vertreter der Arbeitgeber gekommen sei, und in Erwägung, daß die Einstellung der Gelder unter den Kriegsteilnehmern Unzufriedenheit hervorrufen könne, sprachen sich Ausschußmitglieder der Arbeitnehmer dafür aus, die Landesversicherungsanstalt möge weiter zwei Drittel des Beitrages übernehmen. Da jedoch der Vorstandsvorsitzende die Beibehaltung der bisherigen Grundsätze für unmöglich erklärte, nahm sich der Vorsitzende des Versicherungsamts in Hamburg, Regierungsrat Dr. Sonderhoff, der Sache an. Das Ergebnis der Verhandlungen mit den Krankenkassen ist nun — nachdem die Landesversicherungsanstalt für 1916 noch 200 000 Mark zur Verfügung stellt — daß die Krankenkassen den weiterversicherten Kriegsteilnehmern bezw. ihren Angehörigen den Uebertritt in die ihrem gezahlten Beitragsdrittel entsprechende niedrigere Lohnstufe nahelegen. Da nicht abzusehen ist, in welcher Weise die Krankenkassen nun bei niedrigeren Beiträgen durch die Weiterversicherung belastet werden, zahlt die Landesversicherungsanstalt zum Beitrag der Versicherten vom 1. Januar 1916 ab keinen Zuschuß mehr. Von den bewilligten 200 000 M. werden jedesmal nach Quartalsschluß 50 000 M. an die Krankenkassen, entsprechend der Zahl der bei ihnen versicherten Kriegsteilnehmer, verteilt. Für die Weiterversicherung der Arbeitslosen übernimmt die Hamburger Kriegshilfe jetzt die Kosten.

Zum preußischen Knappschaftskriegsgesetz

vom 26. März 1915 (Ges.Samml. S. 61) — dessen unverändert angenommenen Entwurf wir im Jahrg. 1915 S. 213 mitgeteilt haben — liegt dem Landtage jetzt folgender Entwurf eines Ergänzungsgesetzes vor:

§ 1. Der § 8 des Knappschaftskriegsgesetzes vom 26. März 1915 (Gesetzsamml. S. 61) erhält folgenden Zusatz: „Ebensowenig dürfen Militärhinterbliebenengelder, die aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges gezahlt werden, auf die Pensionen der Witwen und die Beihilfen zur Erziehung der Kinder angerechnet werden".

§ 2. Die Leistungen der Knappschaftspensionskassen werden auch dann gewährt, wenn ein Mitglied im gegenwärtigen Kriege verschollen ist. Es gilt als verschollen, wenn während eines Jahres keine glaubhaften Nachrichten von ihm eingegangen sind und die Umstände seinen Tod wahrscheinlich machen. Das Versicherungsamt kann von den Hinterbliebenen die eidesstattliche Erklärung verlangen, daß sie von dem Leben des Vermißten keine anderen als die angezeigten Nachrichten erhalten haben. Ist dem Organ eines Knappschaftsvereins auf Grund der Reichsversicherungsordnung die Einforderung dieser eidesstattlichen Versicherung übertragen, so tritt das Organ an Stelle des Versicherungsamts.

§ 3. Den Todestag Verschollener (§ 2) stellt der Verein nach billigem Ermessen fest. Für die auf See Verschollenen gilt § 1100 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung.

§ 4. Wird nachgewiesen, daß ein Pensionskassenmitglied, das als verschollen galt, noch lebt, so wird die weitere Gewährung der Leistungen eingestellt. Der Verein braucht die zu Unrecht gezahlten Beträge nicht zurückzufordern.

Die Begründung verweist auf die vom Abgeordnetenhaus im Juni 1915 gefaßte Entschließung, worin Erhebungen über die finanzielle Belastung der Knappschaftsvereine für den Fall gewünscht wurden, daß der Antrag Brust auf weitere Zuwendungen an Kriegsteilnehmer und ihre Hinterbliebenen Gesetz würde. Das Ergebnis dieser Erhebungen wird jetzt dem Hause vorgelegt, zugleich mit einem Gesetzentwurf, der im Wesentlichen einem damals gestellten sozialdemokratischen Antrag entspricht. Dem Antrag des Zentrums auf Erstattung der Beiträge an arbeitsunfähig Gewordene nachzugeben, hat dagegen die Regierung Bedenken getragen, weil sie befürchtet, die sozialpolitisch höchst wünschenswerte Wiederaufnahme der alten Berufsarbeit durch Kriegsbeschädigte werde dadurch verhindert oder doch beeinträchtigt werden; die infolge des Krieges arbeitsunfähig gewordenen Pensionskassenmitglieder würden, wenn sie wegen nicht zurückgelegter Wartezeit oder aus sonstigen Gründen einen Anspruch auf Invalidenpension nicht erworben haben, geneigt sein, die Erstattung der von ihnen bisher gezahlten Pensionskassenbeiträge zu beantragen. Sie empfangen alsdann eine, regelmäßig nicht erhebliche, wirtschaftlich nur für kurze Zeit ins Gewicht fallende Einzelleistung, verlieren aber alle durch die gezahlten Beiträge gegen die Pensionskasse erworbenen Anwartschaften auf Pensionskassenleistungen sowie die Möglichkeit, diese Anwartschaften durch Zahlung von Anerkennungsgebühren zu erhalten oder sie durch Wiedereintritt in eine Knappschaftspensionskasse wieder zu erwerben. Werden diese Männer später wieder arbeitsfähig, so entfällt bei ihnen der vorerwähnte besondere Anreiz, zur Bergarbeit zurückzukehren, außerdem ist aber ihre wirtschaftliche Lage ungünstiger, weil ihr Dienstalter von neuem anfängt und Pensionskassenansprüche erst nach völliger Zurücklegung der Wartezeit wieder erworben werden können.

Ein weiteres Bedenken ergibt sich aus einem Hinblick auf die entsprechenden gesetzgeberischen Maßnahmen des Reichs. Das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899 hatte in verschiedenen Fällen Ansprüche auf Erstattung gezahlter Beiträge anerkannt, insbesondere dann, wenn ein Versicherter vor Erlangung von Rentenansprüchen verstorben oder aber durch einen Betriebsunfall dauernd erwerbsunfähig geworden war. Die Reichsversicherungsordnung hat diese Erstattungsansprüche vollständig beseitigt, teils wegen der von ihr neu eingeführten Hinterbliebenenversorgung, teils um den mit der Erstattung der Beiträge verbundenen, den Beteiligten sehr nachteiligen Verlust der erworbenen Anwartschaft zu beseitigen. Wollte die Landesgesetzgebung, die ebenfalls die Hinterbliebenenversicherung vorschreibt, in Fällen, die denen des Invalidenversicherungsgesetzes mindestens sehr ähnlich liegen, die bisher unbekannten Ansprüche auf Beitragserstattung einführen, so würde sie gerade den umgekehrten Weg einschlagen wie die Reichsgesetzgebung.

Die finanziellen Folgerungen auch des Zentrumsantrages bezeichnet die Begründung als nicht allzu erheblich. Doch sind vom versicherungstechnischen Standpunkt aus die schwersten Bedenken zu erheben. Sollte der Antrag Brust Gesetz werden, so würden die in Frage kommenden Vereine die zur Zurückzahlung der Beiträge erforderlichen Mittel aus den für die Deckung der laufenden Pensionen bestimmten Vermögen entnehmen oder anderweit Schulden machen müssen. In jedem Falle würden diese Vereine genötigt sein, die Beiträge der Mitglieder weiter zu erhöhen, um die neuen Schulden zu tilgen. Damit würde aber die mit allen zulässigen Mitteln bisher angestrebte Sanierung der Knappschaftspensionskassen immer mehr erschwert und in die Ferne gerückt werden. Dazu kommt, daß jede weitere Erhöhung der Beiträge gerade die zahlreichen Vereine, die jetzt noch im Sinne des Kapitaldeckungsverfahrens mit Schuldentilgung aus der Vergangenheit belastet sind, am härtesten treffen würde und schon deshalb vermieden werden muß, weil sie letzten Endes unvermeidlich dazu führen würde, daß die Vereine an Mitgliedermangel zugrunde gehen.

Es kommt hinzu, daß die Knappschaftspensionskassen Preußens durch den Krieg bereits in hohem Maße in Anspruch genommen worden sind und auch noch weiter in Anspruch genommen werden, daß ihnen außerdem durch das Knappschaftskriegsgesetz ganz erhebliche neue Lasten aufgebürdet worden sind, für die eine Deckung weder vorhanden ist noch während des Krieges geschaffen werden kann. Die gesamte Belastung der preußischen Knappschaftspensionskassen durch den Krieg und das Knappschaftskriegsgesetz beträgt nach vorläufigen Berechnungen für das erste Kriegsjahr 61 000 000 M., das sind fünf Sechstel der Beitragseinnahmen eines Friedensjahres oder ein Sechstel des gesamten Vermögens der Pensionskassen. Diese Sachlage läßt jede weitere, nicht durch besondere Gründe als unumgänglich gerechtfertigte Belastung der Knappschaftspensionskassen untunlich erscheinen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Krankenversicherung der bei landwirtschaftlichen Bauten beschäftigten Personen.

1. **Nach Wunsiedel.** Antwort: Nach Ihren Angaben ist allerdings der Landwirt als Arbeitgeber der bei dem Bau der Scheune beschäftigten Personen anzusehen. Daraus folgt aber noch nicht, daß diese Personen als in der Landwirtschaft beschäftigt gelten. Wie nach § 916 RVO. bei der Unfallversicherung, so sind nach der herrschenden Meinung (vgl. Hahn, Anm. 1 zu § 417, Hoffmann, Anm. 2 zu § 166 und Anm. 1 zu § 417) auch in der Krankenversicherung gewisse Bauarbeiten dem landwirtschaftlichen Betriebe zuzurechnen, nämlich u. a. laufende Ausbesserungen an Wirtschaftsgebäuden und andere Bauarbeiten „für den Wirtschaftsbetrieb", wenn der Unternehmer sie auf seinen Grundstücken ausführt, ohne sie an andere Unternehmer zu übertragen. Um Ausbesserungen handelt es sich hier nicht, ebensowenig aber um eine Bauarbeit „für den Wirtschaftsbetrieb". Denn das liegt nur vor, wenn die Arbeit sich im Rahmen des Wirtschaftsbetriebs hält und ganz oder überwiegend durch Personen ausgeführt wird, die ständig im Betriebe beschäftigt sind (zu vgl. Handb. der Unf.-Vers. II S. 57 ff.; Moesle-Rabeling, Anm. 7 zu § 916). Nach Ihren Angaben sind aber die beim Neubau der Scheune beschäftigten Personen von außerhalb des Landwirtschaftsbetriebes stehenden Bauunternehmern besorgt worden. Sie gelten daher nicht als in der Landwirtschaft beschäftigt und haben der Ortskrankenkasse anzugehören.

Anspruch auf Ersatz zu Unrecht gewährter Kassenleistungen gegen den Empfänger und den Arbeitgeber.

2. **Nach Rabenstein.** Antwort: Wenn sich ergeben hat, daß die vor neun Jahren als versicherungspflichtig angemeldete und daraufhin von der Kasse unterstützte Person nicht versicherungspflichtig war, so kann die Kasse das Geleistete aus dem Grunde ungerechtfertigter Bereicherung von der Unterstützten zurückfordern, vorausgesetzt, daß diese noch jetzt um den Betrag bereichert ist (§§ 812, 818 Abs. 2, 3 BGB.). Der Anspruch verjährt, da eine besondere Vorschrift für diesen Fall nicht gilt, erst in 30 Jahren (§ 195 BGB.). Der Arbeitgeber kann wegen der zu Unrecht erstatteten Anmeldung auf Schadenersatz nur in Anspruch genommen werden, wenn die Umstände die Annahme rechtfertigen, daß er die Kasse absichtlich irregeleitet hat (§ 823 Abs. 2 BGB. mit § 163 StrGB.; Arb.-Vers. 1908 S. 288 Ziff. 4). Dieser Anspruch verjährt in drei Jahren von dem Zeitpunkt der erlangten Kenntnis der Kasse (§ 852 BGB.).

Fortdauer desselben Krankheitsfalles bei bestehender Arbeitsunfähigkeit. — Unterbrechung der Strafverjährung durch Erhebungen des Versicherungsamtes.

3. **Nach Kaufbeuren.** Antwort: a) Solange infolge derselben Krankheit Arbeitsunfähigkeit besteht, handelt es sich um denselben Versicherungsfall und das Mitglied kann, wenn nunmehr wieder ärztliche Behandlung erforderlich wird, diese nicht von der Kasse beanspruchen, nachdem es ausgesteuert worden ist. b) Durch jede Erhebung, die vom Versicherungsamt gegen einen bestimmten Arbeitgeber wegen verspäteter Meldung eingeleitet wird, wird die Verjährung der Strafverfolgung aus § 530 RVO. unterbrochen. Dies folgt, wie Sie zutreffend hervorheben, aus § 147 RVO., denn das Vers.Amt ist nach § 530 Abs. 4 zur Verhängung der Strafe zuständig. Es kommt also darauf an, wann das Vers.Amt die Erhebungen angestellt hat.

Kriegswochenhilfe: Der Entbindungskostenbeitrag ist neben dem halben Krankengelde aus § 193 Abs. 3 RVO. zu zahlen.

4. **Nach Halden.** Antwort: Wir nehmen nach Ihren Angaben an, daß die Versicherte auf Grund der Verordnung vom 3. Dezember 1914 die vollen Leistungen an Kriegswochenhilfe, also insbesondere auch den Entbindungskostenbeitrag von 25 M. bezogen und außerdem wegen des krankhaften Verlaufs der Entbindung, von der Niederkunft ab statt der Krankenpflege noch das halbe Krankengeld gemäß § 193 Abs. 3 RVO. (neben dem vollen Wochen- bezw. Krankengelde) erhalten hat. Dann ist es unverständlich, wie die Versicherte dazu kommt, von der Kasse Ersatz ihrer Aufwendungen für Arzt und Arznei zu verlangen, da sie alles empfangen hat, was ihr in ihrer Eigenschaft als freiwillig weiterversichertes Kassenmitglied und als Ehefrau eines Kriegsteilnehmers zustand. Sollte die Kasse aber etwa den Entbindungskostenbeitrag von 25 M. nicht gezahlt haben, in der Meinung, daß auch dieser Anspruch durch das halbe Krankengeld aus § 193 Abs. 3 RVO. (§ 23 Abs. 3 der Satzung) abgegolten sei, so wäre das irrig; denn jene 25 M. sind ein Beitrag zu den besonderen Kosten der Niederkunft und deshalb neben dem halben Krankengelde zu zahlen, durch das nur die eigentlichen Krankheitskosten beglichen sind. Mehr als diese 25 M. aber hätte die Versicherte in keinem Falle noch zu beanspruchen.

Lehrer und Erzieher gehören regelmäßig nicht zur Landkrankenkasse.

5. **Nach Heinrichswalde.** Antwort: Dienstboten sind nur solche Personen, die mit häuslichen Arbeiten niederer Art beschäftigt werden.

Lehrer und Erzieher können daher zu ihnen nicht gerechnet werden. Ebensowenig gehören diese zu den in der Landwirtschaft beschäftigten Personen, mag auch die Herrschaft eine Landwirtschaft betreiben; denn Unterrichtung und Erziehung sind niemals Arbeiten eines landwirtschaftlichen Betriebes. Dennoch sind Lehrer und Erzieher, sofern sie in die häusliche Gemeinschaft der Herrschaft aufgenommen sind, nach einer auf Grund des § 236 RVO. ergangenen Bundesratsverordnung (Arb.-Vers. 1914 S. 401) Mitglieder der Landkrankenkasse, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob die Herrschaft Landwirtschaft betreibt.

Krankenversicherungspflicht eines Organisten und Küsters.

6. **Nach Culm.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse, das bei einer ländlichen Kirchengemeinde als Organist und Küster beschäftigt ist, bestreitet, krankenversicherungspflichtig zu sein. Die Entschädigung für seine Tätigkeit, welche überwiegend aus dem Ertrage von 34 Morgen Kirchenländereien, ferner freier Wohnung nebst Gartenland, Zinsen von Kirchenkapitalien usw. besteht, ist auf 1320 M. geschätzt. Ist der Organist und Küster krankenversicherungspflichtig? Kann nach § 171 RVO. Befreiung bei der obersten Verwaltungsbehörde durch den Arbeitgeber beantragt werden, wenn sich die Kirchengemeinde verpflichtet, dem Organisten im Erkrankungsfalle oder bei Arbeitsunfähigkeit seine Einnahmen zu belassen?

Antwort: Der Genannte unterliegt der Krankenversicherungspflicht gemäß § 165 Ziff. 2 RVO., wenn seine Tätigkeit eines Organisten und Küsters seinen Hauptberuf bildet. Es handelt sich um einen Angestellten in gehobener Stellung. Auch der Ertrag aus Grundstücken, freie Wohnung usw. sind als Entgelt nach § 160 RVO. anzusehen. Da die Kirchengemeinde eine öffentliche Körperschaft ist, so wäre die Befreiung aus § 170 — nicht § 171 — zulässig, wenn die Einnahmen mindestens das Anderthalbfache des Krankengeldes ausmachen

Kein Anspruch auf Kriegswochengeld, wenn das satzungsmäßige Wochengeld mindestens 7 M. wöchentlich beträgt.

7. **Nach Münster i. W.** Frage: Einer versicherten Ehefrau, die Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195 RVO. hat, haben wir das satzungsmäßige Wochengeld in Höhe von 1,25 M. für jeden Werktag und die in § 8 der Bekanntmachung betreffend Wochenhilfe während des Krieges vom 3. Dezember 1914 vorgesehenen Mehrleistungen gewährt. Die Wöchnerin, deren nicht gegen Krankheit versichert gewesener Mann Kriegsteilnehmer ist, stellte bei uns den Antrag, ihr auch für die Sonn- und gesetzlichen Feiertage ein Wochengeld zu zahlen. Die Kommission des Lieferungsverbandes hat den ihr von uns übersandten Antrag mit folgendem Bescheide abgelehnt: „Die Zahlung des erhöhten Wochengeldes lehnen wir ab, da auf Grund der Bundesratsverordnung vom 23. April 1915 eine Verpflichtung zur Zahlung für uns nicht vorliegt." Wir sind aber der Meinung, daß der Wöchnerin auf Grund dieser Bundesratsverordnung für die Sonn- und Feiertage Wochengeld zusteht und der Lieferungsverband uns dieses, über den Rahmen der Satzung hinaus zu zahlende Wochengeld zu erstatten hat. Ist dies richtig?

Antwort: Nein! Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 wird nach § 1 nur solchen Wöchnerinnen gewährt, die nicht schon auf Grund der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 Anspruch auf Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs haben. Die versicherte Frau hat nun allerdings keinen solchen Anspruch, da ihr die im § 8 in Verbindung mit § 3 Ziff. 1, 3 und 4 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 bezeichneten Mehrleistungen über die Satzung hinaus nicht auf Kosten des Reichs, sondern aus eigenen Mitteln der Kasse zu gewähren sind. Gleichwohl steht ihr ein Anspruch auf Wochengeld nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 nicht zu. Denn wenn es dort im § 4 Ziff. 2, wie im § 3 Ziff. 2 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 heißt, daß ein Wochengeld von 1 M. täglich, *einschließlich der Sonn- und Feiertage*, zu gewähren ist, so bedeutet das, daß das Wochengeld mindestens 7 M. für die Woche betragen muß (vgl. Arb.-Vers. 1915 Heft 24 S. 564). Dieser Betrag wird aber im vorliegenden Falle bereits durch das satzungsmäßige Wochengeld von 1,25 M. für jeden *Werktag* erreicht.

Zur Versicherungspflicht von Aushilfsarbeiten.

8. **Nach Ebersbach.** Antwort: B., der eine eigene Landwirtschaft besitzt, war zur Aushilfe von K. angenommen, und zwar auf unbestimmte Zeit. Nach seiner Angabe hat er gedacht, die Tätigkeit werde 8—14 Tage dauern. Da er anscheinend als landwirtschaftlicher Arbeiter, nicht aber in gehobener Stellung beschäftigt war, so würde die Versicherungspflicht dadurch, daß die Tätigkeit nicht seinen Hauptberuf bildete, nicht ausgeschlossen sein. Wohl aber ist zu prüfen, ob nicht Versicherungsfreiheit nach der Bekanntmachung vom 17. November 1913 bestand. Allerdings würde deren Vorschrift in I Ziff. 1 nicht zutreffen; denn die Dienstleistungen waren — wenigstens nach der Angabe des B. — nicht im voraus auf weniger als eine Woche beschränkt. Ob aber die Voraussetzungen von I Ziff. 3 der erwähnten Bekanntmachung erfüllt sind, ist aus den Angaben des B. nicht zu entnehmen. Um dies beurteilen zu können, müßten die Zeit, die die Arbeiten in Anspruch nahmen, und die gewährte Vergütung in Betracht gezogen werden. Denn nur danach ist zu ermessen, ob der Entgelt als geringfügig anzusehen ist. Sollte Versicherungspflicht bestanden haben, so wäre dem B. Krankenhilfe zu gewähren, obwohl er bereits am ersten Arbeitstage verunglückte.

Krankengeld und Invalidenrente.

9. **Nach Thorn.** Antwort: Das Krankengeld darf nicht um die Invalidenrente gekürzt oder wegen dieser gar ganz versagt werden. (Vgl. Arb.-Vers. 1915 S. 672 Ziff. 13.) § 423 RVO. setzt voraus, daß der Anspruch auf die Rente beim Eintritt des Krankenversicherungsfalles bereits bestand, also nicht erst durch diesen begründet wurde. Das ergibt sich daraus, daß gemäß Abs. 2 die Beiträge für solche Mitglieder einer Landkrankenkasse, denen auf Grund der Reichsversicherung eine dauernde jährliche Rente mindestens im dreihundertfachen Betrage des täglichen Krankengeldes „gewährt ist", nach Satzungsvorschrift entsprechend zu ermäßigen sind. Die Ermäßigung kann natürlich nicht erst mit dem Bezuge des Krankengeldes eintreten, um so weniger, als ja mit dem Bezuge Beiträge gemäß § 383 RVO. nicht mehr zu entrichten sind.

Lohnanspruch des Dienstboten während der Krankenhauspflege.

10. **Nach R.** Antwort: Wir sind der Ansicht, daß dem Dienstboten der Lohn nicht um den Wert des Unterhalts im Krankenhaus gekürzt werden darf. (Vgl. Arb.-Vers. 1915 S. 599 Ziff. 6 und Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. zu § 436.) Eine andere Frage ist aber, ob ihm im Falle der Krankheit überhaupt Lohn zusteht. Dies ist in Preußen nach § 616 BGB. zu beurteilen. Im Sinne dieser Vorschrift muß aber eine Dauer von neun Wochen als eine verhältnismäßig erhebliche Zeit angesehen werden, so daß der Dienstbote für die Dauer seines Aufenthaltes im Krankenhause keinen Lohn zu fordern hätte.

Verjährung der strafbaren Zuwiderhandlungen gegen die Meldepflicht.

11. **Nach Leipzig.** Antwort: Wir halten mit Ihnen die Ablehnung einer Straffestsetzung durch das Versicherungsamt für unbegründet. Der Arbeitgeber hatte seiner Pflicht zuwider die Versicherungspflichtige nicht angemeldet. Dies hat er am 5. Juli nachgeholt. Damit war die nach § 530 Abs. 1 RVO. strafbare Unterlassung erledigt und die dreimonatige Verjährungsfrist in Lauf gesetzt. Durch die unrichtigen Angaben in der verspäteten Anmeldung hatte der Arbeitgeber die Vorschriften über die Meldung „in anderer Weise verletzt", also sich nach § 530 Abs. 2 strafbar gemacht. Auch dieserhalb lief die Verjährung vom 5. Juli ab. In diesen beiden Beziehungen ist daher die Strafverfolgung jetzt ausgeschlossen (§ 147). Dagegen fehlen noch jetzt die richtigen Angaben über die Lohnverhältnisse und die darin eingetretenen Veränderungen. Diese Unterlassungen, durch welche gleichfalls die Vorschriften über die Meldung „in anderer Weise verletzt" sind, dauern noch fort, so daß insoweit die Verjährung noch nicht zu laufen begonnen hat (zu vgl. Hahn, Handb. Anm. 5b zu § 530). Es ist durchaus irrig, wenn das Versicherungsamt annimmt, daß die Verjährung mit dem Ablauf der Meldefrist beginne; nur die Strafbarkeit beginnt mit diesem Ablauf. Die Verjährung beginnt nach dem vom Versicherungsamt selbst angeführten, aber durchaus mißverstandenen § 147 Satz 2 mit dem Tag, an dem die Handlung begangen ist. Bei einer strafbaren Unterlassung ist dies erst der Tag, an dem die Unterlassung durch Nachholung der gebotenen Handlung beendet ist.

Der Anspruch aus § 214 RVO. begründet keine Mitgliedschaft.

12. **Nach Cronenberg.** Antwort: Nach § 214 RVO. hat der aus der Kasse Ausgeschiedene nur einen Anspruch auf die Regelleistungen, wird aber nicht durch Eintritt eines Versicherungsfalles wieder Mitglied. Daher kann § 311 nicht Anwendung finden; denn er setzt das Bestehen der Mitgliedschaft voraus, wie aus dem Wort „bleiben" zu entnehmen ist. Denn „bleiben" kann man nur das, was man ist. Daher würde in dem geschilderten Falle R. vom 8. April 1915 ab keinen Anspruch haben, falls er vom 21. März bis 2. April weder arbeitsunfähig war, noch ärztlicher Behandlung bedurfte. Denn dann würde es sich um einen neuen Versicherungsfall handeln, der erst nach Ablauf der dreiwöchigen Frist des § 214 RVO. eintrat.

Beitragsfreiheit der Wöchnerinnen in der Kranken- und in der Invalidenversicherung.

13. **Nach Ulm.** Antwort: Beitragsfreiheit der Wöchnerin gilt in der Krankenversicherung nur während des Bezuges des Wochen- und des Schwangerengeldes (§ 383 Abs. 2 RVO.). Auch die infolge des Wochenbettes tatsächlich arbeitsunfähige Wöchnerin oder ihr Arbeitgeber ist daher beitragspflichtig, wenn sie nach § 195 einen Anspruch auf Wochengeld nicht hat und der Verlauf des Wochenbettes nicht etwa so normwidrig ist, daß ein Anspruch auf Krankenhilfe begründet erscheint (§ 383 Abs. 1). Hiervon weicht die durch § 1394 Abs. 3 geschaffene Rechtslage in der Invalidenversicherung in der Tat ab. Denn nach dieser Vorschrift besteht Beitragsfreiheit (Anrechnung der Zeit, „ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen", vgl. § 1393 Abs. 1) für die Dauer von acht Wochen bei einer Arbeitsunfähigkeit, die durch Schwangerschaft oder ein regelmäßig verlaufenes Wochenbett veranlaßt ist. Da ein regelmäßig verlaufendes Wochenbett nicht als Krankheit gilt, also einen Anspruch auf Krankenhilfe nicht begründet, so ergibt sich, daß für die Dauer von acht Wochen seit der Niederkunft solche Wöchnerinnen, wenn sie arbeitsunfähig, aber nach § 195 noch nicht wochengeldberechtigt sind, in der Krankenversicherung beitragspflichtig, in der Invalidenversicherung aber beitragsfrei sind, während andererseits Wöchnerinnen, die nach § 195 Anspruch auf Wochengeld haben, in der Krankenversicherung ohne weiteres auf Grund angenommener (fingierter) Arbeitsunfähigkeit, in der Invalidenversicherung aber nur bei erweislicher Arbeitsunfähigkeit beitragsfrei sind. Durch diese Verschiedenheit der Rechtslage können allerdings den zur Ausstellung von Bescheinigungen nach § 1438 und den Ausführungsvorschriften verpflichteten Kassenvorständen (zu vgl. für Württemberg: Erlaß vom 9. Mai 1912, Amtsbl. des Min. des Inn. S. 233 Ziff. 9 III g) Weiterungen erwachsen, die aber nicht zu umgehen sind. Bei selbstversicherten oder weiterversicherten Ehefrauen, die regelmäßig keine Erwerbstätigkeit, sondern nur Hausarbeit verrichten, muß es zur Annahme der Arbeitsunfähigkeit genügen, daß sie hierzu außerstande sind. Hierüber werden Erkundigungen etwa bei Hausgenossen anzustellen sein; und da die Krankenkassen selbst zur Ladung von Zeugen nicht befugt sind, so werden sie, wenn eine einfache Anfrage nicht zum Ziele (d. h. zu einer hinreichend verläßlichen Feststellung) führt, die Hilfe des Versicherungsamts oder der Polizeiorgane in Anspruch nehmen dürfen (§ 115 RVO.).

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1127 der ganzen Folge

33. Jahrgang — 11. Februar 1916 — Heft 5

Wie ist die Rückforderung zu Unrecht gewährter Leistungen aus der Krankenversicherung geltend zu machen?

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Wenn eine Krankenkasse „zu Unrecht", d. h. ohne eine im Gesetz oder durch die Satzung begründete Verpflichtung, Kassenleistungen gewährt hat, so könnte sie hieraus nach strengem bürgerlichen Recht gegen diejenige Kasse, die zu der entsprechenden Leistung eigentlich verpflichtet war, einen Anspruch auf Ersatz nicht herleiten. Denn nicht diese andere Kasse, sondern der Empfänger der Leistung hat auf Kosten der leistenden Kasse etwas ohne rechtlichen Grund erlangt und ist ihr daher nach § 812 BGB. zur Herausgabe verpflichtet, während ihm unbenommen bleibt, die Leistungen der anderen Kasse in Anspruch zu nehmen. Eine Vermögensverschiebung unmittelbar im Verhältnis der beiden Kassen zueinander, wie sie nach § 812 BGB. für den Anspruch aus der ungerechtfertigten Bereicherung vorausgesetzt wird (zu vgl. besonders Entsch. des Reichsger. in Zivils. 66 S. 80), hat nicht stattgefunden.

Die Reichsversicherungsordnung geht über dieses zivilrechtliche Bedenken hinweg. Indem sie im § 224 Ziff. 2 bestimmt, daß Streit über Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen zwischen Kassen vom Versicherungsamt im Spruchverfahren entschieden wird, erkennt sie mittelbar einen solchen Anspruch an. Das entspricht dem früheren Rechte, dem § 58 Abs. 2 KVG., der auf der Novelle von 1892 beruht und durch die Erwägung begründet ist, daß es weder im Interesse des Unterstützten noch der ersatzberechtigten Kasse liegen würde, die letztere darauf zu verweisen, sich Ersatz von dem Unterstützten zu verschaffen, und den Unterstützten darauf, die richtige Kasse nachträglich auf Leistung der Unterstützung zu belangen (Mot. 1892 S. 70). Daraus folgt aber nicht, daß die ersatzberechtigte Kasse sich nicht an den Empfänger der Leistung selbst halten dürfte. Ihr Anspruch gegen diesen ist, wenn sie zu Unrecht geleistet hat, unter allen Umständen nach § 812 BGB. begründet, und die Kasse kann auch ein verständiges Interesse daran haben, die andere Kasse zu umgehen, z. B. wenn diese die Kassenzugehörigkeit des Empfängers oder aus anderen Gründen den Anspruch überhaupt oder seinem Umfange nach bestreitet. Es kann auch sein, daß die Leistungen der zuständigen Kasse satzungsmäßig hinter dem, was die ersatzberechtigte nach ihrer Satzung gewährt hat, zurückbleiben, so daß für den Ueberschuß nur der Empfänger selbst als ersatzpflichtig in Betracht kommt. Das Gleiche ist der Fall, wenn der Empfänger überhaupt keinen Anspruch auf die Leistungen irgend einer Kasse hatte, insbesondere weil er weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt war. In allen Fällen dieser Art fragt es sich, welchen Weg

die Kasse zu beschreiten, welche Behörde sie anzurufen hat, wenn der Empfänger den Ersatzanspruch — die Rückforderung — der Kasse bestreitet.

II.

Das Reichsversicherungsamt hat in der grundsätzlichen Rev.Entsch. 2112 (Amtl. Nachr. 1915 S. 764, Arb.-Vers. 1916 S. 34) ausgesprochen, daß die Rückforderung nach § 13 Ger.Verf.Ges. nur durch Klage im ordentlichen Rechtsweg erfolgen könne, weil die Reichsversicherungsordnung ein Verfahren dafür nicht ausdrücklich vorschreibe; denn es handle sich weder um einen Anspruch im Sinne des § 1551 Abs. 1, worunter nur Ansprüche der Berechtigten gegen Kassen und andere Träger der Fürsorge fallen, noch um einen Anspruch der im § 1551 Abs. 2, 3, 4 bezeichneten Art, und endlich sei auch § 224 nicht anwendbar. Die beiden zuletzt angeführten Gründe leuchten ohne weiteres ein, auch wenn man die eingezogenen Vorschriften liest. Dagegen drängen sich gegen den ersten Grund so gewichtige Zweifel auf, daß man, zumal bei der grundsätzlichen Wichtigkeit der Frage, die Begründung in diesem Punkte als ungewöhnlich dürftig und unzulänglich bezeichnen muß.*) Denn sie enthält hierüber nichts weiter als den oben (durch Sperrdruck) hervorgehobenen Satz und den Hinweis auf Hoffmann Anm. 5 zu § 224, wo gleichfalls nur bemerkt ist, daß die Rückforderung als Leistung der Krankenversicherung im Sinne des § 1551 nicht angesehen werden könne, sowie schließlich noch den Hinweis auf meine abweichende Meinung im Handbuch der Krankenversicherung Anm. 3 zu § 224. Dort habe ich unter Bezugnahme auf die Kommentare zu § 58 KVG. erwähnt, daß nach früherem Rechte für die Rückforderung derselbe prozessuale Weg für gegeben erachtet wurde, der für die Geltendmachung des Unterstützungsanspruchs vorgeschrieben war (§ 58 Abs. 1 KVG.), und daß dies entsprechend auch nach der Reichsversicherungsordnung gelten müsse, weil es sich bei der Rückforderung doch auch um „Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung" handle, worüber auf Antrag der Kasse nach §§ 1636 ff. zu entscheiden sei. Wäre das Reichsversicherungsamt meiner Verweisung auf Anm. 1 d und 2 b zu § 58 KVG. (auch Anm. 1 e kommt in Betracht) in meinem Kommentar nachgegangen, so hätte es sich, wenn nicht mit mir, so doch mit den dort angeführten Entscheidungen auseinandersetzen und darlegen müssen, weshalb es entweder diesen überhaupt nicht zustimmen oder sie jedenfalls nach dem Rechte der Reichsversicherungsordnung nicht für zutreffend halten könne. Die Sache liegt nämlich so:

III.

Das Krankenversicherungsgesetz überwies in § 58 Abs. 1 Streitigkeiten zwischen den zu versichernden Personen oder ihren Arbeitgebern mit Krankenkassen über die Verpflichtung zur Leistung oder Einzahlung von Beiträgen oder über Unterstützungsansprüche der Aufsichtsbehörde und ließ erst gegen deren Entscheidung die Klage im ordentlichen Rechtsweg oder — nach Landesrecht — das Verwaltungsstreitverfahren zu. Streitigkeiten über die Rückforderung von grundlos gezahlten Beiträgen oder zu Unrecht gewährten Kassenleistungen waren hier nicht ausdrücklich erwähnt, aber die herrschende, wenngleich nicht einmütige Rechtsprechung**) bezog die Vorschrift des § 58

*) Die grundsätzliche Bedeutung der Frage scheint dem Reichsversicherungsamt erst nachträglich und spät aufgegangen zu sein. Denn die Entscheidung 2112 datiert vom 23. November 1914 und ist erst ein Jahr später als „grundsätzliche" Entscheidung in den Amtlichen Nachrichten bekanntgemacht worden, nachdem das Amt in die Lage gekommen war, einen anderen Fall dieser Art zu entscheiden, und zwar im gleichen Sinne und mit der gleichen unzulänglichen Begründung (Arb.-Vers. 1915 S. 799).

**) Darüber, daß sie die „herrschende" ist, siehe besonders Nr. 3 und 5 der folgenden Belege und die Nachweise für und gegen diese Auffassung bei Reger-Henle Anm. 5 zu § 58 KVG. Bei einzelnen der dort als abweichend angeführten Entscheidungen bleibt übrigens zu erwägen, ob sie denn wirklich unsere Streitfrage betreffen; so die Entscheidungen des preuß. Oberverwaltungsgerichts bei bei Reger, Bd. 22 S. 225, 23 S. 467 (= Arb.-Vers. 1902 S. 28, 411).

Abs. 1 KVG. auch auf solche Streitigkeiten, im wesentlichen auf Grund der allgemeinen Erwägung, daß, wenn für einen Leistungsanspruch wegen seiner öffentlich-rechtlichen Natur der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen oder (wie nach § 58 Abs. 1 KVG.) nur bedingt zulässig ist, gleiches auch für die Rückforderung der zu Unrecht gewährten Leistung gelten müsse. Ich darf daher, wenn ich im folgenden Zeugnisse hierfür beibringe, mich auch auf solche berufen, die diesen Gesichtspunkt hinsichtlich anderer öffentlich-rechtlicher Leistungen zur Geltung bringen:

1. Der preußische Fiskus hatte als Patron Schulbaubeiträge an eine Stadtgemeinde gezahlt und forderte sie, als irrtümlich gezahlt, zurück. Das Reichsgericht führte aus, daß es sich bei der Beitragspflicht um eine öffentlich-rechtliche Leistung handle und daß über den Anspruch auf Leistung der Beiträge die Verwaltungsgerichte mit Ausschluß der ordentlichen Gerichte zu entscheiden haben. Es frage sich nur noch, ob dies auch für den Anspruch auf Rückzahlung wegen irriger Annahme einer Verpflichtung gelte. Dies hat das Reichsgericht in seiner Entscheidung vom 20. Januar 1890 (RG. ZS. 25 S. 302, 305) bejaht mit folgender Begründung: „Mit der vorliegenden, diesen Anspruch verfolgenden Klage wird verneint, daß für den Kläger eine Zahlungsverpflichtung, die, wenn sie bestände, nach den obigen Ausführungen als eine öffentlich-rechtliche angesehen werden müßte, bestanden habe. Eine andere Verpflichtung des Klägers zur Leistung des streitig gewordenen Beitrages, als eine öffentlich-rechtliche, ist im gegenwärtigen Rechtsstreite überall nicht zur Sprache gekommen. Der Streit betrifft also in erster Reihe die Frage, ob eine öffentlich-rechtliche Verpflichtung des Klägers zur Leistung bestanden habe. Insoweit ist der Klagegrund öffentlich-rechtlicher Natur. Privatrechtlicher Natur ist er insoweit, als von der Klage mit Rücksicht auf das angebliche Nichtbestehen einer öffentlich-rechtlichen Verpflichtung die Voraussetzungen des Anspruches auf Rückzahlung einer aus Irrtum geleisteten Zahlung behauptet werden. Aber der hiernach vorhandene privatrechtliche Bestandteil des Klagegrundes kann die Streitsache, die im übrigen ausschließlich publizistischer Natur ist, nicht zu einer Justizsache machen. Damit, daß der Anspruch auf die Leistung ein publizistischer ist, wird auch dem Anspruche auf die Rückzahlung das publizistische Gepräge aufgedrückt (vgl. Wach, Handb. des deutschen Zivilprozeßrechts Bd. 1 S. 108).

2. Diese grundsätzliche Auffassung hat das Reichsgericht, unter Verweisung auf die vorerwähnte Entscheidung, hinsichtlich der Rückforderung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur Krankenversicherung zur Geltung gebracht. In einer Entscheidung vom 25. Januar 1904 (RG. ZS. 56 S. 347 II, Arb.-Vers. 1904 S. 450, Reger 25 S. 285) wird ausgeführt: Zivilrechtlich liege eine Klage aus ungerechtfertigter Bereicherung nach §§ 812 ff. BGB. vor. Das zugrunde liegende Rechtsverhältnis beruhe aber teilweise auf öffentlichem Recht. Es handle sich um eine Streitigkeit im Sinne des § 58 Abs. 1 KVG., nämlich über die Verpflichtung zur Leistung von Beiträgen; denn hierunter fallen auch Ansprüche auf Rückzahlung ohne Rechtsgrund geleisteter Beiträge, sofern hierbei die Zahlungsverpflichtung selbst in Streit gezogen ist.

3. Im gleichen Sinne spricht sich ein Urteil des sächsischen Oberverwaltungsgerichts vom 18. Juli 1906 (Arb.-Vers. 1906 S. 740, Reger 27 S. 432) aus; es bejaht die Frage, ob § 58 Abs. 1 KVG. auch für die Rückforderung von Krankenkassenbeiträgen gelte, aus folgenden Gründen: „Ebenso wie der Anspruch auf Kassenbeiträge wurzelt auch der Anspruch auf Rückgewährung von solchen im öffentlichen Rechte. Mit der Abweisung oder Anerkennung einer derartigen Förderung wird mittelbar über die rein öffentlich-rechtliche Frage der Beitragspflicht selbst entschieden. Hieran vermag der Umstand nichts zu ändern, daß in Fällen dieser Art die im bürgerlichen Rechte für die ungerechtfertigte Bereicherung geltenden Grundsätze aushilfsweise zur Anwendung

kommen. Denn der Begriff der ungerechtfertigten Bereicherung ist nicht ausschließlich dem Zivilrecht eigen, sondern er findet sich auch auf öffentlich-rechtlichem Gebiete. Mit dieser Auslegung des § 58 schließt sich übrigens das Oberverwaltungsgericht der herrschenden Meinung an ..." (Es folgen Hinweise.)

4. Auch der badische Verwaltungsgerichtshof schließt sich dieser Auffassung an „in Konsequenz seiner bezüglich der Rückforderung anderer öffentlich-rechtlicher Leistungen stets festgehaltenen Entscheidungen, wonach überall da, wo es sich um eine öffentlich-rechtliche Verbindlichkeit handelt, über deren Bestehen oder Nichtbestehen die Verwalwaltungsbehörden und bzw. Verwaltungsgerichte zu entscheiden haben, diesen auch die Entscheidung bezüglich der Rückerstattung einer Nichtschuld zukommen muß" (Entsch. vom 16. Mai 1905, Reger 26 S. 267).

5. Eine Entscheidung des württembergischen Verwaltungsgerichtshofs vom 19. Dezember 1894 (Arb.-Vers. 1894 S. 264) betrifft direkt die Rückforderung zu Unrecht gewährter Kassenleistungen von dem Empfänger. Der Gerichtshof führt aus: Der Grund des bei der Aufsichtsbehörde (nach § 58 Abs. 1 KVG.) geltend gemachten Anspruchs bestehe in der Behauptung der Krankenkasse, daß sie einer ihr gegenüber einem Kassenmitgliede (vermeintlich) obliegenden öffentlich-rechtlichen Verbindlichkeit genügt habe, während eine solche Verpflichtung nicht bestanden habe. Die Aufgabe der rechtsprechenden Behörde sei die gleiche, als wenn die Unterstützungspflicht vor der Bewilligung der Krankenunterstützung bestritten worden wäre. Das öffentlich-rechtliche Moment sei daher, wenn auch privatrechtliche Grundsätze in den Streit eingreifen, ein entschieden vorwiegendes. In Theorie und Praxis sei längst die Ansicht herrschend geworden, daß die Rückforderung von Leistungen auf Grund öffentlichen Rechts, gleichwie der Anspruch auf die öffentlich-rechtliche Leistung vor den Verwaltungsgerichten zu verfolgen sei.

6. Aus der Literatur seien als Belege für die gleiche grundsätzliche Auffassung nur hervorgehoben: O. Mayer, Deutsches Verwaltungsrecht I S. 425, II S. 429; R. v. Mayr, Der Bereicherungsanspruch des deutschen bürgerlichen Rechts (Leipzig 1903), S. 59 ff., Tezner im Verw.-Arch. 8 S. 48; auch Hartmann im „Recht" 1914 Sp. 224, 225.

7. Schließlich interessiert es, zu erfahren, ob nicht auch das Reichsversicherungsamt schon vor Geltung der Reichsversicherungsordnung Anlaß gehabt hat, zu der grundsätzlichen Frage Stellung zu nehmen. Viel ist hierüber nicht zu ermitteln, aber immerhin folgendes: In der Rek.Entsch. 2133 vom 15. April 1905 (Amtl. Nachr. 1906 S. 209) führt das Amt aus: In dem Feststellungsbescheid könnten (außer der Feststellung der Rente und der Angabe ihrer Grundlagen) auch anderweite, das Rechtsverhältnis zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Verletzten betreffende Maßnahmen der Genossenschaft aufgenommen werden. So könne ausgesprochen werden, daß und wie eine Wiedereinziehung zuviel gezahlter Rentenbeträge vorgenommen werden solle. Dasselbe gelte, wenn die Genossenschaft von ihrer Aufrechnungsbefugnis Gebrauch mache.*) Ueber solche Maßnahmen sei im instanziellen Verfahren mitzuentscheiden. Die Genossenschaft könne sie aber auch außerhalb des Bescheids durch formlose Mitteilung an den Rentenberechtigten vornehmen; dann stehe diesem die Beschwerde im Aufsichtswege an das Reichsversicherungsamt zu. — In jedem Fall also wird hier die Zuständigkeit der Instanzen der Unfallversicherung für den Anspruch auf Rückgewährung zu Unrecht gewährter Versicherungsleistungen in Anspruch genommen.

*) Hieraus ist ersichtlich, daß keineswegs nur an die Aufrechnung des zuviel Gezahlten (vgl. Rek.Entsch. 1491, Amtl. Nachr. 1896 S. 241, Laß, Unfallprozeßrecht, S. 376, 571), sondern auch an andere Maßnahmen der Wiedereinziehung gedacht ist, insbesondere also an einen Anspruch auf Rückzahlung.

IV.

Ist nun in den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung ein Anlaß begründet, von dieser nach dem früheren Recht als herrschend zu bezeichnenden Auffassung abzuweichen? Ich beschränke mich auf die Prüfung dieser Frage für die Krankenversicherung und lasse dahingestellt, ob etwa für die Gebiete der Unfall- und der Invalidenversicherung etwas anderes gelten mag (vgl. oben unter 7).

Soweit es sich um Beiträge zur Krankenversicherung handelt, ist durch § 405 Abs. 2 RVO. jeder Zweifel beseitigt, da hierdurch ausdrücklich auch Streit über die Verpflichtung, Beiträge zurückzuzahlen, in gleicher Weise den Versicherungsbehörden zur Entscheidung überwiesen ist, wie wenn es sich um Zahlung der Beiträge handelt. Daß es an einer entsprechenden Hervorhebung des Anspruchs auf Rückzahlung von Kassenleistungen in den Vorschriften fehlt, die von Streitigkeiten über Leistungen aus der Krankenversicherung handeln, läßt für sich allein nach keiner Richtung einen Schluß zu. Man kann nicht sagen, daß durch die Vorschrift in § 405 Abs. 2 der Grundsatz, daß die Rückforderung auf denselben Weg der Geltendmachung gewiesen sei wie die Forderung, eine über den Sonderfall hinausgehende allgemeine Anerkennung gefunden habe; aber ebensowenig läßt sich behaupten, daß der Mangel einer entsprechenden ausdrücklichen Hervorhebung der Rückforderung in den §§ 1545, 1551, 1636 ff. diese von dem dort geordneten Verfahren ausschließen. Vielmehr ist zu prüfen, ob nicht die Fassung der bezeichneten Vorschriften ihre Anwendung auch auf die Rückforderung, entsprechend der bisherigen herrschenden Rechtsprechung und Lehre, zuläßt oder sogar gebietet.

Nach § 1551 Abs. 1 sind Anträge auf Leistungen der Krankenversicherung bei der Krankenkasse (oder dem sonst Verpflichteten) zu stellen. Die oben unter II. erwähnte Entscheidung 2112 des Reichsversicherungsamts bemerkt, daß hierunter nur Ansprüche der Berechtigten gegen Kassen (und andere Träger der Fürsorge) fallen. Ganz richtig; nur hat diese Erwägung für die zur Entscheidung stehende Frage nicht die geringste Bedeutung. Denn es handelt sich bei der Frage, auf welchem prozessualen Wege die Rückforderung zu Unrecht gewährter Kassenleistungen geltend zu machen ist, nicht mehr um den nach §§ 1545, 1551 erforderlichen „Antrag" auf Leistungen der Krankenversicherung, sondern um einen Streit, der entstanden ist, nachdem ein solcher Antrag vom Berechtigten gestellt und von der Kasse bewilligt und befriedigt worden war. Die einzige Vorschrift, auf die es hiernach ankommt — und die das Reichsversicherungsamt nicht einmal erwähnt hat —, ist der § 1636: „Bei Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung entscheidet auf Antrag in erster Instanz . . . das Versicherungsamt (Spruchausschuß)"; und die Frage ist einzig und allein die, ob diese Vorschrift auch anwendbar ist, wenn die Kasse dem Antrag aus § 1551 Abs. 1 bereits stattgegeben hat und die „Leistungen aus der Krankenversicherung", als zu Unrecht gewährt zurückfordert. Der Wortlaut des § 1636 steht der Bejahung ersichtlich nicht entgegen. Er spricht nicht von „Streit über einen Anspruch auf die Leistungen", sondern schlechthin von „Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung", und ein solcher liegt nicht nur dann vor, wenn der Anspruch auf die Gewährung der Leistungen gerichtet ist, sondern auch dann, wenn die Bestreitung eines solchen Anspruchs den Grund der Rückforderung bildet,*) wobei es ohne Bedeutung ist, daß zur Rechtfertigung der Rückforderung noch das besondere Moment der Bereicherung im Sinne der §§ 812 ff. BGB. hinzukommen muß. Entsprechend sagt § 1636 nur, daß das Versicherungsamt „auf An-

*) Nur um solche Fälle der Rückforderung, bei denen die versicherungsrechtliche Leistungspflicht der Kasse den Kern des Streites bildet, handelt es sich hier. Daß die Rückforderung im ordentlichen Rechtswege geltend zu machen ist, wenn sie sich z. B. darauf gründet, daß die Kasse aus Irrtum doppelt gezahlt oder versehentlich einen bereits rechtskräftig aberkannten Anspruch befriedigt hat, ist selbstverständlich.

trag" entscheide, nicht, daß der Antrag auf Streitentscheidung von dem, der die Leistungen in Anspruch nimmt, ausgehen müsse und nicht auch von der Kasse, die sie ohne rechtlichen Grund gewährt zu haben behauptet, gestellt werden könne. Läßt aber die Fassung der Vorschrift ihre Anwendung auch auf die Rückforderung zu Unrecht gewährter Leistungen vom Empfänger zu, so ist ein innerer Grund für eine einengende Auslegung nicht ersichtlich, vielmehr sprechen die der Neuordnung des Reichsversicherungsrechts zugrunde liegenden Absichten und die oben unter III. entwickelte rechtsgrundsätzliche Auffassung dagegen. „Mit der Einrichtung der Versicherungsbehörden ist zweifellos die Absicht verbunden gewesen, alle aus den besonderen Verhältnissen der Arbeiterversicherung entstehenden Streitigkeiten insoweit der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte zu entziehen, als nicht ausdrücklich Ausnahmen vorgesehen sind." So äußert sich Hoffmann (Zentralbl. der Reichsvers. 1916 Sp. 2) in einem Aufsatz über den „ordentlichen Rechtsweg im Rahmen der Reichsversicherungsordnung". Es mag dahingestellt bleiben, ob das nicht eine zu weitgehende Umkehrung des § 13 Ger.Verf.Ges. ist; aber sicher ist, daß die Einrichtung der Versicherungsbehörden und die Ordnung ihrer Zuständigkeit darauf abzielte, der unleidlichen Zersplitterung der Rechtsprechung, wie sie früher besonders auf dem Gebiete der Krankenversicherung herrschte, ein Ende zu bereiten (zu vgl. Begr. der RVO. S. 10), und daß es daher unzulässig, weil gegen den Geist der Reichsversicherungsordnung ist, im Wege einer einengenden Auslegung einer Gesetzesvorschrift von neuem jener Zersplitterung Tür und Tor zu öffnen. Nach der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts (oben II.) würden die ordentlichen Gerichte in die Lage kommen und befugt sein, über die verschiedensten versicherungsrechtlichen Zweifels- und Streitfragen, die grundsätzlich den Versicherungsbehörden zugewiesen sind, frei zu entscheiden und sich sondern auch mit den amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts und der Landesversicherungsämter zu setzen, ohne daß eine Möglichkeit der Ausgleichung solcher Widersprüche und der Herstellung der Rechtseinheit geboten wäre, wie sie in den §§ 1693, 1717, 1718 RVO. zur Ausgleichung von widerstreitenden Rechtsauffassungen verschiedener Versicherungsbehörden gegeben ist; und eine Kasse könnte auf den Einfall kommen, beispielsweise in einem rechtlich zweifelhaften Fall ein hohes Sterbegeld an zahlungsfähige Hinterbliebene auszuzahlen, um es nachher vor den ordentlichen Gerichten zurückzufordern, wenn sie vor diesen Recht zu bekommen hoffen kann, während sie nach der Praxis der Versicherungsbehörden von diesen zur Zahlung verurteilt worden wäre. Das darf nicht sein! Die Rückforderung der Leistung ist nur die besondere Gestalt, welche die Abwehr des Leistungsanspruchs dann annimmt, wenn die Kasse den Anspruch — sei es unter einem Zwange, oder aus Irrtum oder sonst „ohne rechtlichen Grund" (§ 812 BGB.) — bereits erfüllt hat; ihr ist daher der ordentliche Rechtsweg zu versagen, wie er dem Anspruch auf die Leistung versagt werden mußte (zu vgl. O. Mayer a. a. O. I S. 425; R. v. Mayr a. a. O. S. 61). Daß die zu Unrecht geleistete Zahlung rückgängig zu machen ist, bildet nur die Kehrseite des nämlichen Rechtsgrundes, der auch dem Anspruch auf Rückzahlung das publizistische Gepräge aufdrückt (v. Mayr a. a. O. S. 62). Die — unter Umständen, wie in dem angeführten Beispiele, sogar im freien Belieben der Kasse stehende — bloße Umkehrung der Parteirollen darf nicht zu einer Veränderung der durch Normen öffentlichen Rechts vorgesehenen Behördenzuständigkeit führen. Die Parteirolle ist, wenn den Kern des Streits eine den ordentlichen Gerichten entzogene und durch das Gesetz vor andere Behörden verwiesene Frage bildet, ohne Belang, als etwas rein Zufälliges (vgl. Tezner im Verw.Arch. 8 S. 48).

Es ergibt sich hieraus, daß ein Streit über die Rückforderung vor den Versicherungsbe-

hörden in demselben Verfahren wie der Anspruch auf Kassenleistungen zum Austrag zu bringen ist, also im Spruchverfahren nach §§ 1636 ff. und nicht — wie Hoffmann in Arb.-Vers. 1916 S. 8 für den Fall der Unzulässigkeit des Rechtswegs unterstellt — in dem abweichenden Verfahren nach §§ 1771 ff. Hierbei bringt Hoffmann noch das Bedenken vor, daß die Entscheidungen der Versicherungsbehörden nicht vollstreckbar sein würden. Dies ist ein Irrtum (den Hoffmann mit besonderer Liebe pflegt, vgl. Zentr.-Bl. der Reichsvers. 1915 S. 102 i, S. 103 Ziff. 4, 6, Arb.-Vers. 1915 S. 151, 1916 S. 8). Der § 115 RVO. in Verbindung mit § 130 ermöglicht die Vollstreckung aller Entscheidungen der Versicherungsbehörden, soweit sie nicht durch ein Rechtsmittel angefochten sind, dem das Gesetz ausnahmsweise aufschiebende Wirkung beilegt (vgl. Begr. S. 68).

Es ist sehr wahrscheinlich, daß die ordentlichen Gerichte überwiegend ihre Zuständigkeit für die Rückforderung von zu Unrecht gewährten Kassenleistungen ablehnen werden. Dann würden die Krankenkassen mit wohlbegründeten Ansprüchen recht unbequem zwischen zwei Stühlen zu sitzen kommen, — wenn nicht das Reichsversicherungsamt sich entschließen will, seine grundsätzliche Auffassung bei nächster Gelegenheit zu überprüfen und aufzugeben.

Geburtenrückgang und Reichsversicherung

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg

(Schluß.)

2. **Mittel zur Bekämpfung des Geburtenrückganges.** — Wir haben gesehen, daß die Abnahme der Zahl der Geburten nicht auf einer Erschöpfung unserer Volkskraft beruht, sondern daß sie eine gewollte ist. Es muß also diesem Willen entgegengewirkt werden. Es ist der Versuch gemacht, der drohenden Gefahr dadurch zu begegnen, daß der Verkehr mit denjenigen Mitteln, die die Empfängnis verhindern, verboten werden sollte. Ein solcher Gesetzentwurf hat bekanntlich dem Reichstag bereits vorgelegen, ist aber nicht zur Verabschiedung gelangt. Ich glaube, daß durch ein derartiges Verbot die Bewegung wohl aufgehalten, die Vereitelung der Empfängnis aber nicht verhütet werden würde. Jeder kann sich jene Mittel selbst beschaffen und schließlich bedarf es zur Verhütung der Empfängnis derartiger äußerer Mittel überhaupt nicht. Wo also der Wille, die Kinderzahl einzuschränken, stark genug ist, kann und wird er sich auch beim Bestehen eines solchen Verbots durchsetzen. Ueberdies spricht eine andere Erwägung direkt gegen das Verbot. Diejenigen Mittel nämlich, die die Empfängnis am sichersten verhindern, verhüten gleichzeitig am sichersten die Erkrankung an einer Geschlechtskrankheit. Und die Geschlechtskrankheiten wieder sind sehr häufig der Grund für die Unfruchtbarkeit der Frauen und schädigen auch sonst die Erkrankten und ihren Nachwuchs. Es kommt also darauf an, diejenigen Gründe hinwegzuräumen, die der Jetztzeit die Einschränkung der Kinderzahl als erwünscht erscheinen lassen. Und da, wie oben dargelegt, diese Gründe überwiegend wirtschaftlicher Natur sind, müssen auch die Mittel zur Bekämpfung des Geburtenrückganges sich auf wirtschaftlichem Gebiete bewegen.

Von kleinen Mitteln, wie z. B. Steuervergünstigung beim Vorhandensein von Kindern, ist ein Erfolg nicht zu erwarten. Wie sollte jemand, der aus wirtschaftlichen Gründen die Kinderzahl einschränken zu müssen glaubt, durch Ersparung von einigen Mark Steuer anderen Sinnes werden! Auch die Junggesellensteuer ist kein geeignetes Mittel, dem Geburtenrückgang wirksam zu begegnen. Einmal handelt es sich, wie ein-

gangs dargelegt ist, weniger um eine Vermehrung der Ehen, als darum, daß in den Ehen mehr Kinder geboren werden, denn die Zahl der Ehen hat sich nicht vermindert, sondern nur die Zahl der Kinder in den Ehen hat abgenommen. Anderseits läßt sich die Junggesellensteuer auch wirtschaftlich nicht rechtfertigen, denn die Belastung des Mannes tritt weniger durch die Verheiratung ein, als durch die Kinder. Der Junggeselle wird meist nicht oder nicht viel billiger leben, als wenn er kinderlos verheiratet ist. Selbstverständlich ist die Eheschließung und zwar die möglichst frühzeitige Eheschließung nach Möglichkeit zu fördern, nur darf man nicht erwarten, daß dies ein ausreichendes Mittel ist, dem Geburtenrückgang Einhalt zu tun.

Wenn es richtig ist, daß der innere Grund für die Einschränkung der Kinderzahl in der Furcht der Eltern vor den Kosten der Aufzucht der Kinder zu suchen ist, wenn aber ferner die Allgemeinheit ein dringendes Interesse daran hat, daß einem weiteren Geburtenrückgang Einhalt getan wird, so bleibt nichts anderes übrig, als einen Teil der Kosten der Kinderaufzucht auf die Allgemeinheit zu übernehmen. Dieser Gedanke, der keineswegs neu ist, sondern z. B. auch bereits auf der 38. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege am 19. September 1913 in Aachen erörtert wurde, erscheint vielen zunächst als ungeheuerlich. Er ist es aber durchaus nicht. Seitdem der Geburtenrückgang einen Grad erreicht hat, daß die Sorge um den Bestand unserer Nation nicht abzuweisen ist, hat diese Angelegenheit aufgehört, eine Privatangelegenheit der einzelnen Familien zu sein, sie wird vielmehr eine Angelegenheit des Staates, dem es doch nicht nur obliegt, eine Vernichtung des deutschen Volkes durch äußere Feinde abzuwehren, sondern auch die Selbstvernichtung zu verhüten, die Vernichtung durch einen inneren Feind, der heimlich, schleichend an seine Arbeit geht, deren die Wirkungen erst im Laufe der Jahrhunderte eintreten. Die Staatsgewalt hat ihre Pflicht, hier einzugreifen, ja auch bereits dadurch anerkannt, daß sie es mit anderen Mitteln versucht hat. Wenn diese Mittel nicht ausreichen, so müssen eben wirksamere Mittel ergriffen und die Kosten nicht gescheut werden; wenn die Aufzucht einer größeren Zahl von Kindern im Interesse der Allgemeinheit liegt, muß diese auch einen Teil der entstehenden Kosten übernehmen. Ich glaube, daß man sich an diesen Gedanken um so eher gewöhnen kann, als Anfänge dazu bereits vorhanden sind, wie sogleich dargelegt werden wird.

Wie kann das Ziel erreicht werden? Daß eine allgemeine Erhöhung des Einkommens bestimmter Bevölkerungsschichten, etwa derjenigen, die auf Lohn oder Gehalt angewiesen sind, kein geeignetes Mittel wäre, ist ohne weiteres klar. Das höhere Einkommen würde eine höhere Lebenshaltung aller Beteiligten ermöglichen, die kinderreichen Familien würden also immer den übrigen gegenüber benachteiligt bleiben, mit ihnen nicht gleichen Schritt halten können. Es kommt vielmehr darauf an, dahin zu wirken, daß kinderreiche Familien mehr Einkommen haben als kinderarme oder kinderlose. Man geht hier am besten von den Verhältnissen der öffentlichen Beamten aus. Der Beamte hat ein bestimmtes Einkommen, das zwar sicher aber bescheiden ist. Es reicht für eine kleine Familie aus, nötigt ihn aber, wenn er Einkommen aus anderen Quellen nicht hat, die Zahl der Kinder einzuschränken; denn bei seiner Besoldung wird auf die Zahl der Kinder nicht Rücksicht genommen. Mir scheint, daß unsere ganze Besoldungspolitik eine falsche ist. Alle Beamten derselben Art beziehen das gleiche Gehalt, mag der Einzelne viel oder wenig leisten. Der jugendliche Beamte, der auf der Höhe seiner Leistungsfähigkeit steht, bezieht das niedrigste Gehalt; im Alter, wenn seine Leistungsfähigkeit gering ist, bekommt er die höchsten Sätze. Von einer Abstufung nach der Leistungsfähigkeit ist also nicht die Rede. Wenn aber das Gehalt nicht nach der Leistungsfähigkeit, sondern nach den Lebensbedürfnissen der einzelnen Gruppen von Beamten bemessen wird, ist es auch verkehrt, auf die Kinderzahl keine Rücksicht zu

nehmen, von der doch die Lebensbedürfnisse wesentlich abhängen. Es würde daher richtiger sein, das Gehalt nicht für alle Beamten derselben Gruppe gleichmäßig zu bemessen, sondern zunächst ein Grundgehalt festzusetzen, welches alle unverheirateten und kinderlos verheirateten Beamten beziehen und daneben für jedes Kind bestimmte Kinderzuschläge zu gewähren, die, wenn das Kind stirbt oder ein bestimmtes Alter erreicht, wieder wegfallen. Der Beamte würde so in den Zuschlägen zum Gehalt zum Teil Ersatz der Kosten der Kindererziehung finden und das würde m. E. einen außerordentlich günstigen Einfluß auf die Zahl der in den Beamtenehen geborenen Kinder haben, da die Sorge um die durch weitere Kinder drohende wirtschaftliche Bedrängnis gemildert oder beseitigt wird. Die Annahme, daß dasselbe schon jetzt durch die regelmäßigen Gehaltszulagen der Beamten erreicht wird, ist unrichtig, denn diese Gehaltszulagen werden allen Beamten gewährt ohne Rücksicht auf die Kinderzahl. Sie bestimmen die Höhe der Lebenshaltung in dem betreffenden Kreise, ermöglichen aber nicht dem kinderreichen Beamten eine zweckentsprechende Erziehung der Kinder. Eine Erörterung, wie eine derartige neue Regelung der Beamtengehälter zu erreichen wäre, ist an dieser Stelle nicht angezeigt, da hier nur die Beziehungen der Reichsversicherung zur Frage des Geburtenrückganges dargelegt werden sollen. Es mag nur darauf hingewiesen werden, daß doch auch die Witwen der Beamten, neben der Pension für sie selbst, Waisengelder nach der Zahl ihrer Kinder erhalten.

Unmöglich aber ist eine solche Abstufung des Gehaltes oder des Lohns bei den Privatbeamten und den Arbeitern. Die Staatsgewalt kann nicht die Höhe der Gehälter und Löhne festsetzen, und selbst wenn es möglich wäre, durch eine Vereinbarung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern eine solche Abstufung zu erreichen, würde dies für den kinderreichen Familienvater keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung bedeuten. Denn zu den vielen wirtschaftlichen Nachteilen, die er schon jetzt durch seine große Kinderschar hat, würde der weitere Umstand eintreten, daß er keine Arbeit mehr erhält oder bei der Geburt eines jeden Kindes fürchten muß, die Arbeit zu verlieren. Am ehesten möglich wäre dies noch bei den im Staats- oder Gemeindedienst tätigen Arbeitern, auch hier würde die Gefahr bestehen, daß Staat und Gemeinde bei der Neueinstellung von Arbeitern die unverheirateten Arbeiter bevorzugen würden. Versuche, die nach dieser Richtung hin von Gemeinden mehrfach gemacht wurden, haben eine allgemeine Bedeutung nicht erlangt. Dagegen läßt sich das Ziel sehr wohl durch unsere Reichsversicherung erreichen, und das erscheint mir als der Kernpunkt aller Maßnahmen zur Bekämpfung des Geburtenrückganges. Die technische Durchführung dieser neuen Versicherungsart ist außerordentlich einfach. Jeder Wochenbeitrag der Invalidenversicherung wird um einen bestimmten Betrag erhöht; Abstufung dieser Zuschlagbeiträge nach den einzelnen Lohnklassen ist möglich. Den erhöhten Beitrag zahlen alle Versicherten, männliche wie weibliche Personen und ohne Rücksicht darauf, ob sie verheiratet sind oder nicht. Als Gegenleistung erhalten alle Versicherten, die Kinder haben, vom dritten Kinde an für jedes Kind eine Rente von einer bestimmten Höhe bis zu einem bestimmten Lebensalter des Kindes. Sind beide Eltern versichert, so werden die doppelten Renten gewährt. Sind die Zuschlagsbeiträge nach den einzelnen Lohnklassen abgestuft, so müssen auch die Renten entsprechend abgestuft werden. Dieselbe Einrichtung wäre auch für die Angestelltenversicherung zu treffen, doch wäre hier, um eine Häufung zu vermeiden, zu bestimmen, daß diejenigen, die die Zuschlagbeiträge an die Reichsversicherungsanstalt leisten, von der Zahlung der Zuschlagbeiträge auf dem Gebiete der Invalidenversicherung befreit wären. Die Renten müßten so bemessen werden, daß sie einen ins Gewicht fallenden Betrag zu den Kosten der Kinderaufzucht bilden. Ein Eingehen auf Einzelheiten unterlasse ich, da

es zunächst nur darauf ankommt, diese Frage grundsätzlich zu erörtern. In Frage könnte kommen, ob nicht die Rente auch schon für das erste und zweite Kind zu gewähren sei. Doch wird dies abzulehnen sein, da an die bestehenden Verhältnisse angeknüpft werden muß und der Verdienst der Männer im allgemeinen zur Ernährung der Frau und für die Erziehung einiger Kinder ausreicht. Im allgemeinen gilt bisher auch noch das Zweikindersystem; beim Einkindersystem sind erst einzelne Großstädte angelangt. Für die Erhaltung unserer Bevölkerungszahl auf der jetzigen Höhe ist aber die Großziehung von durchschnittlich mindestens drei Kindern in jeder Ehe erforderlich.

Von der Einführung der von Gruber vorgeschlagenen Elternpensionen würde ich mir weniger Erfolg versprechen, da einmal die Elternpensionen erst im Alter, also in weiter Ferne winken und deshalb nur einen geringen Anreiz zur Erzeugung von Kindern bilden, anderseits auch nicht die Erziehung der Kinder erleichtern. Als Ergänzung, wie sie übrigens auch von Gruber gedacht sind, würden sie ein wertvolles Mittel bilden, und ihre Einführung wäre daher zu empfehlen, wenn die Kosten dafür aufgebracht werden können. Auch die Elternpensionen würden zweckmäßig nicht aus Staatsmitteln, sondern im Wege der Versicherung im Anschluß an die Invalidenversicherung und die Angestelltenversicherung gewährt.

Was kann gegen diese Vorschläge vorgebracht werden? Die früheren Einwände gegen jeden Fortschritt in der Reichsversicherung, daß nämlich unser Volk durch die Gewährung von Renten verweichlicht und entnervt würde, sind durch den jetzigen Krieg wohl endültig zum Verstummen gebracht worden. Bedenken werden dagegen in erster Linie in bezug auf die Höhe der Kosten vorgebracht werden, die freilich außerordentlich hoch sein werden.*) Aber wenn es sich um die Erhaltung des deutschen Volkes handelt, kann dies keine ausschlaggebende Rolle spielen; wir scheuen ja auch keine Kosten, wenn es sich darum handelt, uns gegen die Vernichtung durch äußere Feinde zu wehren. Auch die Behauptung, daß unser Wirtschaftsleben die Belastung mit neuen Kosten nicht vertragen könnte, wird als richtig nicht anzuerkennen sein, wenn der Krieg einen für uns günstigen Ausgang nimmt und es uns gelingt, unsere Absatzgebiete wieder zu erlangen. Der Einwand ist, insbesondere vom Gesichtspunkt der Konkurrenzfähigkeit mit dem Auslande bei jeder Verbesserung unserer Reichsversicherung erhoben worden. Trotzdem hat unsere Industrie sich so entwickelt, daß sie die ausländische überflügelt hat, und unser Wirtschaftsleben hat die stärkste Belastungsprobe im gegenwärtigen Kriege ausgehalten. Wie dem aber auch sei, es braucht sich bei meinem Vorschlage nicht notwendig um neue Lasten für die Industrie zu handeln, denn die neue Versicherung könnte auch in der Weise durchgeführt werden, daß die Versicherten die Zuschlagbeiträge allein, ohne Beteiligung der Arbeitgeber, tragen. Dann handelt es sich in Wirklichkeit nicht um neue Lasten, sondern im Grunde genommen nur um eine durch staatlichen Zwang hergeführte, von der jetzigen Form abweichenden Art der Lohnverteilung. Der kinderlose Versicherte, der nur für sich allein, jedenfalls nicht für Kinder zu sorgen hat, würde durch die vorgeschlagene neue Versicherung gewissermaßen gezwungen, einen Teil des Lohns an diejenigen abzutreten, die Kinder aufziehen. Bleibt der Versicherte sein ganzes Leben hindurch kinderlos, so ist seine wirtschaftliche Lage auch sein ganzes Leben hindurch im Vergleich zu den Familienvätern so unvergleichlich besser gewesen, daß seine Belastung mit den neuen Beiträgen nicht unbillig erscheint. Hat er später selbst Kinder, so fließen ihm die Beiträge in Form der neuen Renten wieder zu, die Versicherung hat

*) Die Höhe der Kosten läßt sich nach der bisherigen Statistik nicht berechnen. Es gibt in Deutschland 22,1 Millionen Kinder im Alter von 1—15 Jahren und 26 Millionen Kinder im Alter von 1—18 Jahren. Es ist aber weder bekannt, wieviele von diesen Kindern erste und zweite Kinder einer Ehe sind, noch auch wieviele Eltern von diesen Kindern gegen Invalidität oder nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versichert sind.

also für ihn gewissermaßen als Sparkasse gedient. Fallen schließlich die Renten später wieder weg, wenn die Kinder ein bestimmtes Alter erreicht haben, so hat er die Vorteile der Versicherung genossen und kann sich über die weitere Beitragsleistung nicht beklagen. Härten, die sich unter bestimmten Voraussetzungen ergeben können, lassen sich durch entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen verhüten. Ob an der Aufbringung der Beiträge die Arbeitgeber zu beteiligen sind oder nicht, lasse ich unerörtert, da es, wie erwähnt, hier zunächst nur darauf ankommt, die grundsätzliche Seite dieser Frage zu erörtern. Eine Entscheidung ist auch erst möglich, wenn die Höhe der in Betracht kommenden Beiträge feststehen würde. Jedenfalls steht fest, daß die neue Versicherung an der Höhe der Kosten nicht zu scheitern braucht; die erforderlichen Gelder werden auch jetzt verbraucht; es handelt sich nur darum, sie besser und zwar nach der Zahl der Kinder zu verteilen.

Angebracht und notwendig würde eine Beteiligung des Reichs an der Aufbringung der Kosten sein, wie es bisher schon bei den Renten der Invalidenversicherung geschieht. Ob diese möglich ist, hängt selbstverständlich, wie jeder Fortschritt auf diesem Gebiete, von dem Ausgang des Krieges ab.

Bedeutsamer scheint mir das Bedenken zu sein, daß durch die Einführung der Kinderversicherung nur die Zahl der Kinder gefördert wird, während auf die Tauglichkeit des Nachwuchses keine Rücksicht genommen wird. Es kommt dabei zunächst in Betracht, daß die Kinderrenten nur den nach dem JVG. und dem AVG. versicherten Personen zuteil werden würde, während für weite Kreise der Intelligenz Fürsorge nicht getroffen wäre. Auf die Gefahren, die darin liegen, daß sich die Intelligenz schon heute nicht mehr in genügender Weise fortpflanzt, so daß die Aussichten für einen Aufstieg unserer Rasse auf geistigem Gebiete verschlechtert werden, hat G r u b e r in überzeugender Weise hingewiesen. Es kommt jedoch in Betracht, daß die Vorteile der Kinderversicherung nicht nur den versicherungspflichtigen Personen zuteil werden würden, sondern auch den freiwilligen Weiterversicherten; da fast alle Angehörigen der selbständigen Berufe in der Jugend wirtschaftlich unselbständig und folglich nach dem JVG. oder dem AVG. versichert gewesen sind, könnten sie sich die Vorteile der Kinderversicherung durch Weiterversicherung zunutze machen. Für die Beamten, Geistlichen, Offiziere, Lehrer läßt sich, wie erwähnt, dasselbe durch eine andere Regelung der Besoldungsordnung erreichen. Die dann noch übrig bleibenden freien Berufe sind ihrer Zahl nach im Vergleich zur Gesamtzahl so gering, daß sie füglich außer Betracht bleiben können. In zweiter Linie würde die Kinderversicherung die Folge haben, daß sie nicht nur die Kinderzahl in solchen Ehen vermehrt, aus denen ein in gesundheitlicher, geistiger und moralischer Hinsicht brauchbarer Nachwuchs zu erwarten ist, sondern daß der gleiche Anreiz zur Fortpflanzung — vielleicht sogar in noch stärkerem Grade — auf solche Eltern ausgeübt würde, von denen ein im bezeichneten Sinne tauglicher Nachwuchs nicht zu erwarten ist, z. B. auf Kranke, Trinker, geistig Minderwertige, Arbeitsscheue, Verbrecher usw. Hier eine Auslese nach der Richtung hin vorzunehmen, daß die Kinderrenten nur solchen Eltern zuteil werden, von denen ein tauglicher Nachwuchs zu erwarten ist, ist nicht möglich, da ein solches Verfahren mit den Grundsätzen einer Versicherung sich nicht vereinigen ließe. Der Nachteil besteht in der Tat und läßt sich in den Versicherungsgesetzen nicht vermeiden, muß also mit in den Kauf genommen werden. Der Staat wehrt sich ja bisher bei uns auch nicht gegen einen minderwertigen Nachwuchs, etwa durch das Erforderniß von Gesundheitsattesten vor der Eheschließung.

Die Besorgnis, daß die Empfänger der Kinderrenten als Lohndrücker auftreten werden, wird nicht begründet sein. Von den gegen Invalidität versicherten männlichen Personen ist nur etwa die Hälfte verheiratet, und von den verheirateten Personen wird auch die überwiegende Anzahl nicht, noch nicht oder nicht mehr als zwei Kinder in

dem erforderlichen Alter haben. Die Rentenempfänger würden also nur einen kleinen Bruchteil der Gesamtheit bilden; sie könnten deshalb die Höhe des Lohns nicht in maßgebender Weise beeinflußen. Bei der Entwicklung, die die Organisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer genommen haben, wird die Höhe der Löhne wohl überwiegend durch andere Umstände bestimmt. — Alle Einwände, die sonst erhoben werden können, sind mehr untergeordneter Art.

Hätten wir diese neue Versicherung, so würde sich m. E. die Neigung, Kinder aufzuziehen, außerordentlich vermehren. Es gibt trotz allem, was man gesagt hat, noch Familien genug, die die Freuden, die mit der Erziehung einer größeren Kinderschar verbunden sind, zu schätzen wissen, und die sich nur durch die Sorge um die mit der Aufzucht der Kinder verbundenen wirtschaftlichen Lasten zu einer Einschränkung der Kinderzahl veranlaßt sehen. Werden diese Lasten bis zu einem gewissen Grade durch die Erziehungsbeiträge aus öffentlichen Kassen ausgeglichen, so wird diese Sorge geringer. Dabei ist es besonders wertvoll, daß mit der Geburt eines jeden Kindes eine neue Rente fällig wird.

Es mag noch darauf hingewiesen werden, daß die neue Versicherung weitere wichtige Nebenvorteile haben würde. Zunächst würde, da die Renten selbstredend auch nach dem Tode des Versicherten weiter zu zahlen wären, eine wesentliche Verbesserung der Hinterbliebenenversicherung eintreten; denn die Witwen, die eine größere Kinderzahl zu versorgen haben, sind am meisten hilfsbedürftig. Auch die Wochenhilfe würde durch die Kinderrenten in gewisser Weise günstig beeinflußt werden. Am wichtigsten aber ist, daß die Weiterversicherung auf dem Gebiete der Invalidenversicherung eine außerordentliche Förderung erfahren würde. Wenn jetzt von der Weiterversicherung leider immer noch ein ganz ungenügender Gebrauch gemacht wird, so liegt das überwiegend daran, daß die Vorteile der Versicherung nach Ansicht der Versicherten bei ihrem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in weiter, nebelhafter Ferne liegen. Wer von den jungen Versicherten, die sich verheiraten oder selbständig machen und dadurch aus der Versicherungspflicht ausscheiden, denkt daran, daß er in absehbarer Zeit invalide oder eines Heilverfahrens bedürftig werden könnte! Wenn ihm aber die Aussicht winkt, schon bei der Geburt des dritten Kindes eine Rente zu erhalten, wächst sein Interesse für die Versicherung und die Neigung, sie verfallen zu lassen, wird wohl in der Hauptsache verschwinden. Da die meisten selbständigen Kaufleute, Handwerker und Landwirte in der Jugend unselbständig und gegen Invalidität versichert gewesen sind, würde eine starke Erweiterung des Kreises der Versicherten eintreten, zumal die gleiche Erwägung auch für die Fortsetzung oder Aufrechterhaltung der Angestelltenversicherung sprechen würde. Das würde dann zunächst zur Folge haben, daß der Kreis derjenigen Personen, die Anwartschaft auf die Kinderrenten haben, in erfreulicher Weise weiter gezogen würde, ferner daß damit gleichzeitig die Möglichkeit, ein Heilverfahren zu gewähren, auch auf den Mittelstand ausgedehnt würde, der bisher einer ausreichenden Fürsorge auf diesem Gebiete entbehrt. Die Bekämpfung der Volksseuchen würde also gefördert werden. Man geht wohl auch in der Annahme nicht fehl, daß die Aussicht auf die Kinderrenten die Zahl der Eheschließungen vermehren würde, da die Kinderrenten den Unterhalt der Familien erleichtern. Heiratet der Versicherte eine Frau, die gleichfalls versichert ist, so bringt diese sogar in der Form der Anwartschaft auf die Kinderrenten eine nicht zu verachtende Mitgift in die Ehe.

Durch die Einführung der Kinderversicherung würde nicht etwas grundsätzlich neues geschaffen, vielmehr sind gewisse Anfänge dafür schon jetzt vorhanden. Wie bei den Beamtenwitwen, so werden auch bei der Hinterbliebenenfürsorge auf den Gebieten der Unfallversicherung, Invalidenversicherung und der Angestelltenversicherung der Witwe neben ihrer eigenen Rente noch Waisenrenten gewährt. Hier findet also eine Abstufung nach

der Zahl der Kinder statt. Freilich ist allen diesen Fällen gemeinsam, daß die Zahl der Kinder bereits endgültig feststeht und nicht mehr vermehrt werden kann, weil der Vater gestorben ist. Indessen ist diese Grenze bereits bei den Kinderzuschüssen zu den Invalidenrenten überschritten. Jeder Invalidenrentenempfänger, der Kinder unter 15 Jahren hat, erhält für jedes Kind, höchstens allerdings für 5 Kinder, besondere Zuschläge zur Invalidenrente. Das Gesetz geht also davon aus, daß die Invalidenrente für die Ernährung der Kinder nicht ausreicht. Sind beide Eltern bereits invalide, so erhalten auch beide die Kinderzuschüsse. Werden weitere Kinder geboren, so werden auch für diese die Kinderzuschüsse gewährt, sofern die Höchstzahl von 5 Kindern nicht überschritten wird. Was also hier gefordert wird, gilt jetzt schon für die erwerbsunfähigen Versicherten. Der weitere Schritt, die Fürsorge auch auf die erwerbsfähigen Versicherten auszudehnen, ist nicht so sehr groß. Ob jemand wegen Erwerbsunfähigkeit oder wegen einer zu großen Kinderzahl zur ausreichenden Ernährung oder Erziehung der Kinder außer Stande ist, macht keinen grundsätzlichen Unterschied. Nach der Kinderzahl abgestuft werden ferner schon jetzt die Unterstützungen, die den Familien der Kriegsteilnehmer gewährt werden. Schließlich werden noch die Kriegsbeihilfen, die vom 1. Oktober 1915 an nach dem preuß. Min.Erl. vom 22. Sept. 1915 (Reichsanz. Nr. 228) den Beamten bis zu einem Diensteinkommen von 2100 M. gewährt werden, nach der Zahl der Kinder bemessen. Ein bedeutungsvoller Anfang!

Endlich mag noch darauf hingewiesen werden, daß durch die Bekanntmachung des Bundesrats vom 26. März 1914 betreffend Aufwandsentschädigungen an Familien für im Reichsheere, in der Marine oder in den Schutztruppen eingestellte Söhne eine gewisse Fürsorge für kinderreiche Familien geschaffen ist. Familien nämlich, deren Söhne durch Ableistung ihrer gesetzlichen zwei- oder dreijährigen Dienstpflicht eine gesamte Dienstzeit von 6 Jahren zurückgelegt haben, erhalten auf Verlangen Aufwandsentschädigungen in Höhe von 240 M. jährlich für jedes weitere Dienstjahr eines jeden seiner gesetzlichen zwei- oder dreijährigen Dienstpflicht genügenden Sohnes. Auch dieser Fürsorge liegt der Gedanke zugrunde, daß diejenigen, deren Söhne der Allgemeinheit gewisse Dienste leisten, dafür eine Beihilfe aus den Mitteln der Allgemeinheit erhalten.

Ich bin nicht der Ansicht, daß die Einführung der gesetzlichen Kinderversicherung leicht zu erreichen ist. Zu den vielen und großen Schwierigkeiten, die sich jeder Verbesserung und Erweiterung unserer Reichsversicherung entgegentürmen, tritt hier die weitere und wesentliche hinzu, daß der Uebelstand, der durch die Kinderversicherung verhütet werden soll, erst in weiter Ferne droht. Die Lebensdauer der einzelnen Menschen ist eine beschränkte, und die Menschen sind allzu geneigt, nur für ihre eigene Generation zu sorgen und höchstens für die folgende. Der Stillstand in unserer Bevölkerungszunahme droht nicht von heute auf morgen. Zurzeit nimmt die Bevölkerung noch stark zu. Das ist für viele ein ausreichender Grund, die Sache wenigstens vorläufig noch auf sich beruhen zu lassen. Die Wirkungen des Geburtenrückganges treten zwar langsam, aber sicher ein. Das alte Griechenland ist nach den Mitteilungen des Polybius binnen 400 Jahren entvölkert worden (600—200 v. Chr.). Und was bedeuten in der Geschichte eines Volkes 400 Jahre! Maßnahmen zur Bekämpfung des Geburtenrückganges versprechen aber nur dann Erfolg, wenn sie frühzeitig ergriffen werden. Hat die Geburtenabnahme einen bestimmten Grad erreicht, so werden sich aus den verschiedensten Gründen alle Maßnahmen als wirkungslos erweisen, und das Verhängnis geht dann seinen Weg, wie es auch bei den alten Kulturvölkern geschehen ist. Sollten anderseits nicht durch die Lehren und Folgen des augenblicklichen Krieges gerade jetzt tiefgreifende Maßnahmen zur Bekämpfung des Geburtenrückganges eher durchzusetzen sein als zu anderer Zeit?

Wenn ich die Einführung der Kinderversicherung als den Grundpfeiler aus Maßnahme zur Bekämpfung des Geburtenrückganges bezeichnete, so glaube ich anderseits nicht, daß sie allein genügt, um der drohenden Gefahr Herr zu werden. Da die Ursachen für den Geburtenrückgang verschieden sind, müssen auch die verschiedenen Ursachen einzeln bekämpft werden. Jede einzelne Maßnahme bringt eine Verbesserung, und das Zusammenwirken aller sichert den Erfolg. Der Erfolg der Kinderversicherung würde z. B. nur ein beschränkter sein, wenn nicht gleichzeitig großzügige Maßnahmen zur Bekämpfung des Wohnungselends getroffen werden. Die Kinderrenten würden nicht nützen, wenn es dem mit vielen Kindern gesegneten Familienvater schwer wird, überhaupt eine Wohnung zu erhalten oder wenn die Wohnung derartig ist, daß sie eine ordentliche Erziehung der Kinder nicht ermöglicht. Erst bei Beschaffung ordentlicher Wohnungsverhältnisse kann die Kinderversicherung ihre Wirkung tun. Ueberhaupt ist die Neuregelung unseres Bodenrechts nicht nur für die Städte, sondern auch auf dem Lande eine der wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung des Geburtenrückganges. Auch bei Betrachtung der Bodenfrage kommen wir zum Ergebnis, daß die Einschränkung der Kinderzahl eine wirtschaftliche Erscheinung ist. In bäuerlichen Verhältnissen ist wenigstens da, wo das geltende Erbrecht eine Zersplitterung des Grundbesitzes verhütet, eine große Kinderzahl jetzt noch üblich, und zwar deshalb, weil für den Bauer die Kinder keine wirtschaftliche Last, sondern ein Gewinn sind. Die Aufzucht der Kinder ist in den ländlichen Verhältnissen eine verhältnismäßig einfache und billige. Anderseits aber ersetzen die heranwachsenden Kinder bei der vorhandenen Leutenot in besonders wertvoller Weise die fehlenden Arbeitskräfte. Der Hinweis auf die abweichenden Verhältnisse in Frankreich beweist nicht das Gegenteil, denn für den französischen Bauer ist nach dem Urteil Sachverständiger der Grund für die Einschränkung der Kinderzahl der, daß eine Zerstückelung des Grundbesitzes verhindert werden soll. Bei uns hat jedenfalls die Vermehrung des kleinbäuerlichen Besitzes eine erhebliche Vermehrung der Kinderzahl zur Folge, und zwar nicht nur deshalb, weil der Bauer mehr Kinder erzeugt als die Stadtbewohner — die Großstädte können ja überhaupt nur dadurch bestehen, daß sie andauernd neuen Zufluß vom Lande erhalten —, sondern auch weil durch die Vermehrung des kleinbäuerlichen Besitzes die Gründung einer Familie selbst gefördert wird. Jede neue Bauernstelle bedeutet eine neue Familie. Auch im Bauernstand würden sich die günstigen Folgen der Kinderversicherung noch bemerkbar machen, denn die selbständigen Bauern sind in der Jugend zum großen Teile versicherungspflichtig gewesen, können sich also durch Weiterversicherung die Vorteile der Kinderversicherung sichern, und anderseits sind die Kinderrenten für den Bauern von besonderer Bedeutung, weil sie bares Geld ins Haus bringen und die Aufzucht der Kinder auf dem Lande überhaupt billig ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 12 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Dezember 1915.)

I. Unfallversicherung.

Die Viehhaltung eines Deputatarbeiters ohne eigenen landwirtschaftlichen Betrieb ist dem der Gutsherrschaft zuzurechnen, wenn sie mit der Bewirtschaftung des Deputatlandes in engerem Zusammenhange steht oder sonst von der Gutsherrschaft durch Maßnahmen oder Einrichtungen, die mit ihrem landwirtschaftlichen Betriebe zusammenhängen, wesentlich gefördert wird (Großer Senat 2838 S. 804).

Die Frist zur Einlegung von Rechtsmitteln gemäß § 113 JVG. (§ 1523 mit § 1509 RVO.) beginnt für die Landesversicherungsanstalt frühestens mit dem Erlasse des dem Invalidenrenten-

anspruch des Verletzten anerkennenden Bescheides (Großer Senat 2839 S. 806).

Schwebt auf den Rekurs des Verletzten ein Verfahren über die nach altem Rechte vorgenommene erste Rentenfeststellung, so gilt ein Urteil des Oberversicherungsamts, durch das die unter dem neuen Rechte vorgenommene Minderung der Rente bestätigt worden ist, gemäß § 1608 Abs. 1 RVO. auch dann als angefochten, wenn die Rente inzwischen noch unter dem alten Rechte bereits einmal gemindert war und der Bescheid rechtskräftig geworden ist (2840 S. 807).

§ 1700 Ziff. 2 RVO., wonach der Rekurs ausgeschlossen ist, wenn es sich um Renten für eine Erwerbsunfähigkeit handelt, die zur Zeit der Entscheidung des Rekursgerichts unstreitig oder nach rechtskräftiger Feststellung vorübergegangen ist, setzt voraus, daß der Rentenanspruch an sich unstreitig ist (2841 S. 808).

Eine Verteilung der Entschädigungslast nach §§ 1739 ff. RVO. findet nicht statt, wenn eine Genossenschaft einen Unfall in einem ihr nicht angehörigen Betriebe nur deshalb nach § 634 zu entschädigen hat, weil ein ihr angehöriger Unternehmer den Auftrag gegeben und den Entgelt zu zahlen hat (2842 S. 809).

§ 634 RVO. ist in allen Fällen anzuwenden, in denen ein anderer Unternehmer dem Eigentümer eines Fahrzeugs die zu dessen Haltung erforderlichen Kräfte so zur Verfügung stellt, daß der andere Unternehmer die Arbeiter annimmt und lohnt (2843 S. 810).

Fahrten der Unternehmer von ihren Wohnungen nach den Fabrikbetrieben sind in der Regel keine Betriebsfahrten (2844 S. 810).

Die Mitversicherung einer teils landwirtschaftlichen, teils persönlichen Zwecken dienenden Kraftfahrzeughaltung bei einer landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, welcher der Unternehmer mit seinem landwirtschaftlichen Betrieb angehört, ist nur im Falle des § 921 RVO. zulässig, d. h. wenn die Fahrten überwiegend dem technisch-landwirtschaftlichen Betriebe dienen (2845 S. 810).

Tätigkeiten bei der Haltung eines Fahrzeugs können versicherungsrechtlich dem landwirtschaftlichen Betriebe des Fahrzeughalters nur dann zugerechnet werden, wenn sie den technischen Teil des landwirtschaftlichen Betriebs fördern; hierzu gehören Fahrten in Ausübung eines Ehrenamts auch dann nicht, wenn es als Ausfluß des landwirtschaftlichen Betriebs anzusehen ist (2846 S. 811).

Tätigkeiten bei der Kraftwagenhaltung und Tätigkeiten bei der Gespann- und Reittierhaltung sind nicht „derselben Art" im Sinne des § 921 RVO. (2847 S. 811).

§ 921 RVO. findet auf Privatfahrzeug- und Reittierhaltungen außerhalb des Bezirks einer landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft keine Anwendung (2848 S. 812).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Abführung von Einnahmen einer Betriebskrankenkasse an den Betriebsunternehmer ist unzulässig. Die sich aus dem Ueberschusse der Einnahmen über die Ausgaben ergebenden Bestände sind bei der Kasse selbst gesondert zu verwahren oder mündelsicher anzulegen (2133 S. 812).

Die Satzung darf nicht bestimmen, daß die Kasse Zahnplomben nur dann bezahlt, wenn vorher der Vorstand die Zustimmung erteilt hat. — Das Oberversicherungsamt darf eine Satzung nicht mit der Maßgabe genehmigen, daß eine von ihm verfaßte Aenderung zum Teil an die Stelle der vorgelegten Fassung tritt. (2134 S. 814).

Ein Kinderfräulein gehört zu den Dienstboten im Sinne der Preuß. Gesindeordnung vom 8. Nov. 1810, wenn niedere Dienste den Schwerpunkt seiner Tätigkeit bilden (2135 S. 815).

Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nach §§ 1799, 1693 RVO. ist nicht zulässig bei Beschwerden gegen Beanstandung von Nachweisungen über verauslagte Beträge nach § 5 Abs. 3 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914, betreffend Wochenhilfe während des Krieges (2136 S. 817).

B. Allgemeines.

Beiträge zu einem Sparguthaben als Teil des Entgelts.

Entsch. des **Rentenausschusses Berlin** vom 27. März 1915.

Der Angestellte A. F. ist bei der Arbeitgeberin als Bureauchef in Stellung. Bis zum 1. Januar 1914 wurden für ihn Beiträge zur Angestelltenversicherung bezahlt. Von dieser Zeit ab bestreitet jedoch die Arbeitgeberin seine Versicherungspflicht, weil sein Jahresarbeitsverdienst die gesetzliche Höchstgrenze von 5000 M. übersteige. Der Angestellte bezieht nämlich seit dem 1. Januar 1914 5000 M. Gehalt und außerdem 309 M. als Jahresbeitrag zu einem Sparguthaben. Dieses Sparguthaben beruht darauf, daß die Arbeitgeberin, wie aus dem zu den Akten eingereichten Abdruck einer Mitteilung derselben an ihre Angestellten hervorgeht, zu den Lebensversicherungen der Letzteren Zuschüsse zahlt. Für diejenigen Angestellten jedoch, deren Versicherung von den Versicherungsgesellschaften abgelehnt wird, zu denen F. gehört, spart die Arbeitgeberin den ihnen zustehenden Versicherungszuschuß unter Anrechnung von 4 %

Zinsen. Das Recht zur Auszahlung dieser gesparten Beträge erhalten die Angestellten nach einer Sparzeit von 20 beziehungsweise 15 Jahren, sonst beim Verlassen ihrer Stellung bei der Arbeitgeberin. Aber auch solange das Angestelltenverhältnis besteht, steht den Angestellten das Sparguthaben jederzeit zur Verfügung, soweit die Arbeitgeberin ihr Einverständnis hierzu erteilt. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat sich mit Rücksicht auf die zu den 5000 M. Gehalt hinzugezahlte Spareinlage von 309 M. der Ansicht der Arbeitgeberin angeschlossen, daß keine Versicherungspflicht vorliegt, während der Angestellte die Versicherungspflicht bejaht wissen will, da der Beitrag der Arbeitgeberin zu seinem Sparguthaben keine Barleistung darstelle und daher sein Jahresarbeitsverdienst nicht über 5000 M. betrage.

Der Ansicht der Arbeitgeberin und der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ist beizupflichten. Der Beitrag der Arbeitgeberin zu dem Sparguthaben des Angestellten stellt eine Steigerung des Gehalts von 5000 M. dar. Wenn der Angestellte diesen Betrag auch nicht sofort bar ausgezahlt erhält, so hat er doch einen Anspruch auf Auszahlung des Sparguthabens, wenn nicht früher, so nach Ablauf der Sparzeit oder beim Ausscheiden aus den Diensten der Arbeitgeberin. Ein solcher Anspruch ist aber als Entgelt nach § 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes aufzufassen, da es für den Begriff des Gehaltes oder Lohnes im Sinne des § 2 nicht auf die tatsächlich gewährten Summen, sondern auf die Zusicherung ihrer Gewährung ankommt (vgl. Mentzel-Schultz-Sitzler, Kommentar zum AVG. S. 66 zu 2). Dementsprechend ist auch ein Zuschuß eines Arbeitgebers zur Lebensversicherung eines Angestellten als Entgelt anzusehen, sofern dem Angestellten ein unmittelbares Recht auf die Versicherungsleistung zusteht (vgl. Angestelltenversicherung 1913, S. 127 zu § 2 Nr. 1 AVG.).

In entsprechender Anwendung des obigen Grundsatzes bezüglich des Gehalts nach § 2 sind also die dem Angestellten jährlich gutgeschriebenen 309 M. als Gehalt anzusehen und die Versicherungspflicht war zu verneinen, da unter Hinzurechnung der 309 M. der Jahresarbeitsverdienst den Betrag von 5000 M. übersteigt.

C. Zur Krankenversicherung.

Nachweisung der von knappschaftlichen Krankenkassen verauslagten Beträge für Wochenhilfe während des Krieges.

Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 7. Januar 1916 (Zentr.Bl. für das Deutsche Reich S. 13).

Gemäß § 5 Abs. 4 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, betreffend Wochenhilfe während des Krieges (Reichs-Gesetzbl. S. 492) wird über die Nachweisung der von knappschaftlichen Krankenkassen verauslagten Beträge folgendes bestimmt:

§ 1.

Die nach § 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 über die Nachweisung, Verrechnung und Zahlung der von den Krankenkassen verauslagten Beträge für Wochenhilfe während des Krieges (Zentralblatt für das Deutsche Reich S. 609) von knappschaftlichen Krankenkassen geführten Nachweisungen sind dem Reichsversicherungsamt einzureichen, das für den Wohnsitz der Wöchnerin zuständig ist.

§ 2.

Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, daß die knappschaftlichen Krankenkassen die Nachweisungen dem Versicherungsamt einreichen, in dessen Bezirk der Sitz der Kasse liegt.

Strafbeiträge nach § 531 Abs. 2 in Fällen der §§ 318 Abs. 2., 530 Abs. 2 RVO.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 14. August 1915 (2106 Amtl. Nachr. 1915 S. 737).

Nach § 531 Abs. 2 RVO. kann die Kasse, die nach § 531 Abs. 1 a. a. O. die rückständigen Beiträge nachzuholen hat, dem bestraften Arbeitgeber außerdem die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge auferlegen. § 531 Abs. 2 steht im inneren Zusammenhange mit § 530 (zu vgl. die Entscheidung 2058, Amtl. Nachr. 1915 S. 597). Er bezieht sich, wie § 531 Abs. 1, nach seiner Fassung und Stellung sowohl auf § 530 Abs. 1 wie auf § 530 Abs. 2. Demnach kann eine Kasse dem rechtskräftig bestraften Arbeitgeber die Zahlung rückständiger Beiträge nicht nur dann auferlegen, wenn er wegen Unterlassens der Anmeldung eines Versicherungspflichtigen nach §§ 530 Abs. 1, 317 bestraft worden ist, sondern auch dann, wenn die Bestrafung wegen Unterlassens der Anzeige von Aenderungen in den Lohnverhältnissen nach §§ 530 Abs. 2, 318 Abs. 2 erfolgt ist, der Arbeitgeber also nur mit der Entrichtung von Beitragsteilen im Rückstand war (übereinstimmend Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 2a zu § 531). Daß die Auferlegung von Beitragsrückständen grundsätzlich auch bei den leichteren Verstößen gegen die Meldepflicht nach § 530 Abs. 2

(zu vgl. Begr. zum Entw. S. 254) zulässig ist, ergibt sich auch daraus, daß einer der dort erwähnten Uebertretungsfälle von der Anwendung der Vorschrift des § 530 Abs. 2 Satz 1 ausgenommen wird (zu vgl. § 531 Abs. 2 Satz 3), was sich erübrigt hätte, wenn die Vorschrift des § 531 Abs. 2 über die Auferlegung von Beitragsrückständen auf die Uebertretungsfälle des § 530 Abs. 2 überhaupt nicht zu beziehen wäre. Innere Gründe sprechen ebenfalls nicht dafür, den säumigen Arbeitgeber von der Zahlung der Rückstände zu befreien, wenn er nicht mit den vollen Beiträgen, sondern nur mit Teilen davon rückständig geblieben ist. Auch aus der Entstehungsgeschichte des § 531 Abs. 2 sind, entgegen der Ansicht des Versicherungsamts, Bedenken gegen die Anwendung dieser Vorschrift bei Uebertretungen nach §§ 530 Abs. 2 318 Abs. 2 nicht herzuleiten. Die Auferlegung von Beitragsrückständen ist allerdings an die Stelle der durch die Reichsversicherungsordnung beseitigten Erstattungspflicht des Arbeitgebers nach § 50 Kr.Vers.Ges. getreten (Begr. S. 253); es ist auch richtig, daß, wie das Versicherungsamt ausgeführt hat, § 50 Kr.Vers.Ges nach der überwiegenden, auch vom Reichsversicherungsamte gebilligten Rechtsauffassung dann nicht anwendbar war, wenn der Arbeitgeber Lohnänderungen eines Versicherten nicht rechtzeitig gemeldet hatte (§ 49 Abs. 3 Kr.Vers.Ges.). Allein diese Feststellungen berechtigen nicht zu der Folgerung, daß die Anwendung des § 531 Abs. 2 RVO. in den Fällen des § 318 Abs. 2 a. a. O., die dem § 49 Abs. 3 Kr.Vers.Ges. entsprechen, ebenfalls ausgeschlossen sei. Denn wenn hinsichtlich des mit § 50 Kr.Vers.-Ges. und mit § 531 Abs. 2 RVO. verfolgten Zweckes, der Kasse durch Belastung des Arbeitgebers wegen ihrer Aufwendungen Ersatz zu verschaffen (zu vgl. Begr. S. 253) auch Uebereinstimmung bestehen mag, so sind die Wege, die der Gesetzgeber in dem Krankenversicherungsgesetz und in der Reichsversicherungsordnung zur Erreichung dieses Zieles eingeschlagen hat, doch von Grund auf verschieden: § 50 Kr.Vers.Ges. gewährte den Kassen einen Erstattungsanspruch, § 531 Abs. 2 RVO. gibt ihnen das Recht, neben der vom Versicherungsamt erkannten Hauptstrafe eine Nebenstrafe auszusprechen (zu vgl. auch die Entsch. 1811, Amtl. Nachr. 1914 S. 383). Es ist deshalb schon wegen der Verschiedenartigkeit der Rechtsnatur der in Betracht kommenden Vorschriften nicht angängig, einen bei der Auslegung des § 50 Kr.Vers.Ges. entwickelten Rechtsgrundsatz, wie die Nichtanwendbarkeit dieser Vorschrift bei Uebertretungen des § 49 Abs. 3 Kr.-Vers.Ges., für die Anwendung des § 531 Abs. 2 RVO. zu übernehmen. Hiernach war die Kasse an sich berechtigt, dem Arbeitgeber die Zahlung rückständiger Beitragsteile aufzuerlegen; die Kasse hat insbesondere die Nebenstrafe erst dann auferlegt, nachdem das Versicherungsamt seinerseits nach § 530 Abs. 4 eine Strafe ausgesprochen hatte und diese rechtskräftig geworden war (zu vgl. Entsch. 2058, Amtl. Nachr. 1915 S. 597). Die Entscheidung des Versicherungsamts unterlag deshalb der Aufhebung.

Weiter war, worauf auch das Oberversicherungsamt hingewiesen hat, zu prüfen, ob im vorliegenden Falle für die Kasse ein Anlaß vorlag, das Höchstmaß der Nebenstrafe auszusprechen. Insbesondere schließt der Umstand, daß die Verhängung der Nebenstrafe und die Bemessung ihrer Höhe innerhalb des gesetzlichen Rahmens in das pflichtmäßige Ermessen des Kassenvorstandes gestellt ist, die Nachprüfung nicht aus, ob die Höhe der erkannten Strafe dem Maße der Schuld des säumigen Arbeitgebers entspricht (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2a zu § 531 und Anm. 3 zu § 529); es gilt hinsichtlich der Nebenstrafe hier das gleiche wie für die Hauptstrafe (§ 530 Abs. 4), deren Höhe ebenfalls der Nachprüfung der Beschwerdeinstanz unterliegt. Hinsichtlich der Strafhöhe hat der Arbeitgeber im vorliegenden Falle nun Einwendungen erhoben, die zum Teil beachtlich sind. Er hat insbesondere darauf hingewiesen, daß er nicht die Anmeldung der Versicherten als solche versäumt habe; es sei nur versehentlich unterlassen worden, zunächst gewisse nicht sehr erhebliche Sachleistungen (Kaffee und Frühstück), die die von ihm beschäftigte Versicherte neben dem Lohn in der Zeit vom 1. Januar 1914 bis zum 15. Mai 1914 erhalten habe, der Kasse zu melden, und es sei später übersehen worden, der Kasse anzuzeigen, daß die Versicherte vom 15. Mai 1914 nicht als Halbtags- sondern als Ganztagsmädchen beschäftigt worden sei. Diese besonderen Umstände sind nach Ansicht des Senats in der Tat geeignet, die Unterlassung der Anzeige der Lohnänderung als einen verhältnismäßig leichten Verstoß gegen die Meldevorschriften erscheinen zu lassen. Der Senat hat deshalb die Zahlung des einfachen Betrags der rückständigen Beiträge in Höhe von 13 Mark 61 Pfennig, die unabhängig von der vom Versicherungsamte verhängten Strafe und der Nachholung der Beitragsrückstände durch die Kasse zu zahlen sind, für ausreichend erachtet.

D. Zur Unfallversicherung.

Ersatzpflicht der Berufsgenossenschaft gegenüber der Versicherungsanstalt im Falle der Anstaltspflege auf Grund des § 1524 RVO.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 23. Okt. 1915 (2116 Amtl. Nachr. 1915 S. 769).

Die Landesversicherungsanstalt B. begehrt Ersatz der Kosten des Heilverfahrens gemäß § 1524 RVO., und zwar handelt es sich im gegenwärtigen Rechtsstreit, nachdem die beklagte Berufsgenossenschaft die Kosten der Krankenpflege erstattet hat, nur um den Anspruch auf Ersatz der Kosten des Unterhalts des Verletzten im Krankenhaus und des Hausgeldes.

Der Ersatzanspruch ist dem Grunde nach nicht streitig. Die Beklagte bestreitet weder, daß die tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen des Ersatzanspruchs (§ 1524 a. a. O.) gegeben sind, noch bemängelt sie an sich die Höhe der ihr von der Klägerin in Rechnung gestellten Aufwendungen. Es ergeben sich in dieser Beziehung auch aus dem Akteninhalte keine Bedenken. Dies gilt insbesondere auch von dem Anspruch auf Ersatz des Hausgeldes. Zwar wird das Hausgeld weder im § 1524 Abs. 1 a. a. O., der den Umfang des Ersatzanspruchs regelt, noch in dem dort angezogenen § 1503 daselbst ausdrücklich erwähnt. Aber es war bereits unter der Herrschaft des alten Rechtes (§ 21 JVG.) in der Wissenschaft und Rechtsprechung unstreitig, daß zu den der Versicherungsanstalt von der Berufsgenossenschaft zu erstattenden Kosten des Heilverfahrens auch die von der Versicherungsanstalt während des Heilverfahrens gewährte Angehörigenunterstützung gehörte und von der Berufsgenossenschaft daher außer den eigentlichen Kosten der Heilbehandlung zu erstatten war (Rev.-Entsch. 1212 und 1504, Amtl. Nachr. 1905 S. 442 und 1910 S. 560). An diesem Rechtszustand ist durch die Reichsversicherungsordnung nichts geändert, an die Stelle der Angehörigenunterstützung ist das Hausgeld getreten. Der § 1524 Abs. 2 schreibt vor, daß der Träger der Unfallversicherung von seiner Pflicht zur Gewährung von Angehörigenrente an die Berechtigten frei wird, soweit die Versicherungsanstalt für diese — während des Heilverfahrens — Hausgeld gezahlt hat. Diese Vorschrift würde eine durch nichts gerechtfertigte Bereicherung des Trägers der Unfallversicherung auf Kosten der Versicherungsanstalt zur Folge haben, wenn er nicht seinerseits der Versicherungsanstalt das von dieser gezahlte Hausgeld erstatten müßte (zu vgl. auch die Begr. des Entw. S. 449, wo es zu § 1485 — § 1503 des Gesetzes — ausdrücklich heißt, daß das Hausgeld dem halben Grundlohn für den Unterhalt hinzutritt; ferner Lehmann, Komm. Anm. 7 zu § 1524; Düttmann u. a., Komm. Anm. 10 zu § 1524, Illing, Monatsschr. für Arbeiter- und Angest.Vers. 1915 Sp. 379 ff.; auch M. und Angest.Vers. 1915 Sp. 379 ff.; M. Marcus-Reißer, Die gewerbliche Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung S. 116).

Die Höhe des von der Klägerin gezahlten und zu erstattenden Hausgeldes mit 98 M. und ebenso die Höhe der mit 1/2 des Grundlohns berechneten Kosten des Unterhalts des L. im Sanatorium B. mit ebenfalls 98 M. sind nicht streitig. Streit besteht unter den Parteien nur darüber, in welchem Umfang und aus welchen Mitteln die Beklagte diese Aufwendungen zu ersetzen hat. Entscheidend hierfür ist die Auslegung des § 1524 und der in ihm ausgesprochenen Verweisung auf § 1503.

§ 1524 Abs. 1 Satz 2 schreibt vor: „Für das Maß des Ersatzes gilt dabei § 1503 entsprechend" und Satz 3: „Ist kein Grundlohn bestimmt, so ist der wirkliche Aufwand zu ersetzen." In § 1503 wird vorgeschrieben, daß bei Krankenhauspflege zu ersetzen sind für Krankenpflege 3/8 des Grundlohns und für den Unterhalt im Krankenhause die Hälfte des Grundlohns; „für diesen Betrag kann Ersatz nur aus der Unfallrente beansprucht werden". Es fragt sich, ob diese letztere Beschränkung auf die Unfallrente auch für den Ersatzanspruch aus § 1524 gilt, wie die Beklagte will, oder ob mit der Verweisung auf § 1503 lediglich die Höhe des Anspruchs nach den im § 1503 bestimmten Pauschalbeträgen bemessen werden sollte ohne die Beschränkung des Ersatzanspruchs auf die Unfallrente, wie die Klägerin meint.

§ 21 JVG., aus dem die Vorschrift des § 1524 RVO. hervorgegangen ist, bestimmte nichts darüber, aus welchen Mitteln der Ersatz der Kosten des Heilverfahrens von dem Träger der Unfallversicherung zu leisten war, sah namentlich keine Beschränkung des Ersatzes oder eines Teiles des Ersatzes auf die Unfallentschädigung vor. Es ist deshalb unter der Herrschaft des alten Rechtes nicht zweifelhaft gewesen, daß der Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt die gesamten tatsächlich aufgewendeten Kosten des Heilverfahrens (mindestens den im § 19 Satz 3 JVG. vorgeschriebenen Betrag des einundeinhalbfachen Krankengeldes) umfaßte und als Anspruch auf Gelderſatz, nicht auf Ueberweisung von Rentenbeträgen, aus dem Gesamtvermögen des

Trägers der Unfallversicherung zu befriedigen war (Rev.Entsch. 1031 und 1332, Amtl. Nachr. 1903 S. 266 und 1907 S. 552). Die Entstehungsgeschichte des § 1524 läßt nicht erkennen, daß an diesem Rechtszustande durch die Einführung der Reichsversicherungsordnung etwas in dem Sinne einer Beschränkung der Versicherungsanstalten hinsichtlich des Zugriffs wegen ihres Ersatzanspruchs geändert werden sollte. In der Begr. des Entw. S. 464 heißt es zu § 1504 Abs. 1 (§ 1524 des Gesetzes), der Entwurf gewähre den Ersatz entsprechend der sonst geltenden Regel nach den Pauschsätzen, wie sie § 1485 (§ 1503) vorsieht. Daraus ist nicht zu entnehmen, daß auch hinsichtlich der Mittel, aus denen der Ersatz zu leisten ist, die Regelung des § 1485 (§ 1503) maßgebend sein sollte. Auch in der Kommissionsberatung ist letzteres von keiner Seite zum Ausdruck gebracht worden. Abänderungsanträge zu § 1504 (§ 1524) hatten nur den Zweck, den ersatzberechtigten Versicherungsanstalten den Ersatz der die Pauschalsätze übersteigenden nachweislich höheren Kosten des Heilverfahrens zu verschaffen (wie unter dem alten Rechte), im übrigen wurde das Verhältnis der beiden §§ 1504 und 1485 zueinander nicht erörtert (Komm.Ber. V S. 21).

Es muß hiernach mangels Andeutung einer entgegenstehenden Absicht angenommen werden, daß der Gesetzgeber, abgesehen von einer Pauschalierung der zu erstattenden Beträge, das bisherige Recht hinsichtlich des Umfanges und der Durchführung des Ersatzes nicht hat ändern wollen. Auch der Wortlaut und der innere Zusammenhang der in Betracht kommenden gesetzlichen Vorschriften sprechen hierfür. Bei der Regelung der Ersatzleistungen im Fünften Buche der Reichsversicherungsordnung wird unterschieden zwischen dem „Umfang, in welchem der Anspruch auf Ersatz erwächst, also überhaupt begründet ist, und dem Gegenstand und Maß des wirklichen Zugriffs zur Befriedigung des in seinem bestimmten Umfang begründeten Ersatzanspruchs" (Begr. des Entw. S. 445). Diese Unterscheidung hat ihren Ausdruck gefunden in den §§ 1506, 1507, ist aber auch sonst durchgeführt (zu vgl. §§ 1522 Abs. 3, 1533 Nr. 3, 1535 Nr. 3, Rev.Entsch. 2063, Amtl. Nachr. 1915 S. 616 ff., besonders S. 620). Wenn nun im § 1524 von dem „Maß des Ersatzes" die Rede ist und dafür auf § 1503 verwiesen wird, so soll damit offenbar nur der Umfang des Ersatzanspruchs, nicht aber der Gegenstand und das Maß des Zugriffs gemeint sein. Zwar wird man dies nicht ohne weiteres aus der Gegenüberstellung der Vorschriften im Abs. 1 Satz 2 und 3 des § 1524 folgern dürfen. Denn, wenn die Verweisung auf § 1503 im Abs. 1 Satz 2 die Bedeutung hätte, daß, wenn ein Grundlohn bestimmt ist, Ersatz der Unterhaltungskosten nur aus der Unfallrente beansprucht werden könne, so müßte auch Abs. 1 Satz 3 in dem Sinne ausgelegt werden, daß in Ermangelung eines Grundlohns der wirkliche Aufwand nur aus der Unfallrente zu ersetzen sei. Aber rein sprachlich wird mit „Maß des Ersatzes" nicht der Gegenstand des Zugriffs bezeichnet, so daß es nicht angängig erscheint, bei der sonst im Gesetze gewahrten Unterscheidung zwischen Umfang und Durchführung des Ersatzanspruchs hier von dieser Unterscheidung abzusehen und unter dem Maße des Ersatzes auch den Gegenstand des Zugriffs zu verstehen. Offenbar soll mit der Vorschrift: „Für das Maß des Ersatzes gilt dabei § 1503 entsprechend" nichts anderes gesagt sein als mit der Vorschrift in §§ 1514 Abs. 2 und 1519 Abs. 3: „Als Ersatz . . . . gelten die im § 1503 bezeichneten Beträge". Daß aber im § 1503 Abs. 2 mit dem letzten Halbsatz „für diesen Betrag kann Ersatz nur aus der Unfallrente beansprucht werden" nicht der Umfang des Anspruchs, der ja in dem vorhergehenden Halbsatz bereits auf die Hälfte des Grundlohns bestimmt ist, sondern der Gegenstand des Zugriffs geregelt werden sollte, unterliegt keinem Zweifel.

Auch aus § 1524 Abs. 2 ist nichts dafür zu entnehmen, daß der Zugriff der Versicherungsanstalt wegen der Kosten des Unterhalts auf die Unfallrente beschränkt werden sollte. Die Vorschrift, daß das von der Versicherungsanstalt gewährte Heilverfahren für die Entschädigungsansprüche der Berechtigten einem von dem Träger der Unfallversicherung gewährten entsprechenden Heilverfahren gleich zu achten ist, und daß dieser von seiner Pflicht zur Gewährung von Angehörigenrente an die Berechtigten frei wird, soweit die Versicherungsanstalt für diese Hausgeld gezahlt hat, regelt nur die Rechtsbeziehungen des Trägers der Unfallversicherung zu den Versicherten hinsichtlich der Unfallentschädigung und soll im wesentlichen eine Doppelentschädigung wegen desselben Schadenfalls ausschließen. Dagegen soll durch sie nicht etwa der Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt gegen den Träger der Unfallversicherung in Beziehung gebracht werden zu der von diesem zu leistenden oder ersparten Unfallentschädigung. Der Annahme, daß etwa der Anspruch der Versicherungsanstalt ganz oder teilweise auf die von der Berufsgenossenschaft während der Dauer des Heilverfahrens nach § 597 ersparte Unfallrente (zu vgl. Begr. des Entw. S. 464 Abs. 2 zu §§ 1504, 1505 und Rev.-Entsch. 1332, Amtl. Nachr. 1907 S. 552) beschränkt werden sollte, steht die Erwägung entgegen, daß die Entlastung der Berufsgenossenschaft, die § 1524 zur Begründung des Ersatz-

anspruchs erfordert, nicht in den während des Heilverfahrens ersparten Leistungen, sondern darin bestehen muß, daß die Berufsgenossenschaft für die Zukunft nichts oder weniger zu leisten hat, daß, wie § 21 JVG. vorschrieb, „die Unfallentschädigung ganz oder zum Teil nicht zu bewilligen war oder in Wegfall gekommen ist". Gerade die Entlastung des Trägers der Unfallversicherung von künftigen Leistungen, deren Wert in den meisten Fällen nicht im voraus zu schätzen sein wird, rechtfertigt es, die Versicherungsanstalt wegen der Befriedigung ihres Ersatzanspruchs nicht auf die Unfallentschädigung zu verweisen, sondern ihre Befriedigung aus den allgemeinen Mitteln des Trägers der Unfallversicherung zuzulassen. Der Hinweis, daß in diesem Falle die Versicherungsanstalten günstiger gestellt sein würden als die Krankenkassen, und hierin eine vom Gesetzgeber nicht gewollte Unbilligkeit zu erblicken sein würde, ist verfehlt. Es wird dabei übersehen, daß der Ersatzanspruch der Versicherungsanstalten ein wesentlich anders gearteter ist, als der der Krankenkassen, insofern, als er eine Entlastung des Trägers der Unfallversicherung durch die Leistung der Versicherungsanstalt (das Heilverfahren) voraussetzt, während der Ersatzanspruch der Krankenkassen (§§ 1501 ff.) von einer Entlastung der Berufsgenossenschaft durch die Leistungen der Krankenkasse unabhängig ist. Dieser Umstand rechtfertigt eine weitergehende Ersatzverbindlichkeit des Trägers der Unfallversicherung im Falle des § 1524, als die den ersatzberechtigten Krankenkassen gegenüber nach §§ 1501 ff. vorgeschrieben ist.

Die Ansicht, die Verweisung auf § 1503 im § 1524 habe nur die Bedeutung, daß der Umfang des Ersatzanspruchs nach den Pauschalsätzen des § 1503 bestimmt, nicht aber auch vorgeschrieben werden sollte, Ersatz der Unterhaltungskosten könne nur aus der Unfallrente beansprucht werden, wird auch von Caspar-Spielhagen, Reichsversicherungsordnung Textausgabe Anm. 2 Abs. 2 zu § 1524, Haberland, Invaliditäts- und Alters-Versicherung im Deutschen Reich 1912/13 S. 97 ff., Illing Monatsschrift für Arbeiter- und Angest.Vers. 1915 Sp. 381, v. Köhler u. a., Reichsversicherungsordnung Anm. 3 zu § 1524 vertreten. (Anderer Meinung Stempel, Reichsversicherungsordnung Handausgabe Anm. 5 zu § 1524.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Gleichstellung der unehelichen Kinder mit den ehelichen in der sozialen Fürsorge.

Von den Bestrebungen des Bundes für Mutterschutz in dieser Richtung haben wir in Heft 2 S. 43 Mitteilung gemacht. Ueber weitere Bestrebungen dieser Art entnehmen wir dem „Berliner Tageblatt" folgendes:

Seit dem 4. August 1914 erhalten etwa 300 000 uneheliche Kinder, deren Väter vorm Feinde stehen, Kriegsunterstützung. Bereits 15 000 von ihnen haben den Vater draußen verloren. Für sie haben im April v. J. die Reichstagskommission und die Reichsregierung sich dahin geeinigt, dem Militärhinterbliebenengesetz einen Zusatz zu geben, nach dem sie dieselbe Kriegswaisenrente wie die ehelichen erhalten sollen. Obwohl eine gesetzliche Festlegung dieses Satzes erst nach dem Friedensschluß erfolgen soll, so haben sich doch zahlreiche uneheliche Kinder, ihre Freunde und Vormünder mit Recht darauf verlassen, da jene Einigung ohne Widerspruch erfolgt ist und ja die gleiche Behandlung ehelicher und unehelicher Kinder bei der Kriegsunterstützung sich durchaus bewährt. Jetzt fühlen sich aber ängstliche Gemüter bewogen, gegen jenen einmütigen Beschluß Sturm zu laufen, um eine solche gründliche Hilfe für diese Kinder zu verhindern.

Demgegenüber hat eine Eingabe, die das Archiv deutscher Berufsvormünder an den Reichstag richtet, jetzt besonders hervorgehoben, daß es sich hier um rein praktische Erwägungen handelt; nur wenn man keinen Unterschied in der Versorgung aller Kriegswaisen macht, kann man hoffen, für die Unehelichen gut zu sorgen, da diese „Differenzierung" zwischen ihnen und den anderen, selbst wenn sie dieselbe Geldsumme erhalten würden, ständig ihre Umgebung, ihre Gespielen und Schulkameraden, ihre Pflegeeltern und Erzieher an ihre Unehelichkeit erinnern und dadurch Mißstimmungen gegen sie wachrufen würde, die zwar ganz unberechtigt, aber doch für die Kinder höchst schädlich sind. Die Eingabe ist von mehr als 530 Vormundschaftsgerichten unterzeichnet, ferner von über 200 Behörden sowie von ungefähr 400 Vereinen und von weiteren 3000 Einzelpersonen.

Zum Bargeldverkehr bei den Krankenkassen.

In der „Frankf. Zeitg." erhebt ein Arbeitgeber folgende Klage: „Als Arbeitgebervertreter im Vorstand einer württembergischen Ortskrankenkasse betrieb ich die Einführung des Postscheckverkehrs und bemühe mich auch sehr um Vermeidung umfangreichen Bargeldverkehrs, leider mit geringem Erfolg. Die Arbeitervertreter sehen lieber große flüssige Mittel als Anlage in Staatspapieren. Die Verwaltung macht Anspruch auf einen Kassenbestand, der für kaufmännische Begriffe weit über das Notwendige hinausgeht. Ueberdies erklärt mir der Kassier, daß ihm Kassen-Ein- und Ausgänge durch Postscheck wesentlich mehr Arbeit und Buchungen veranlassen. Er darf das Guthaben beim Postscheckamt nicht als Kassenbestand führen, wie es wohl die Regel in kaufmännischen Betrieben ist, denn er muß laut gesetzlichen Vorschriften seinen

Kassenbestand jederzeit in bar vorweisen können. Das wäre doch eine starke Rückständigkeit. D. Red.) Der Ausweis des Postscheckamts genügt nicht, um das Guthaben als Teil des Kassenbestands zu betrachten.

Die Bezahlung von Krankengeld durch Postscheck ist also nicht einfach ein Kasseneingang, sondern zugleich eine Ausgabe an das Postscheckamt (!!). Ein Weiterverfügen wird unter diesen Umständen natürlich möglichst vermieden, denn das wäre nicht nur eine Ausgabe, sondern vorher eine Einnahme. Dann zieht der Kassier schon vor, das Geld auch wirklich vorher einzunehmen und es vom Postscheckamt bar zu erheben.

Wenn ein derartiges umständliches Verfahren auch bei anderen Behörden und in anderen Bundesstaaten üblich ist, dann wäre es angebracht, energisch dagegen vorzugehen." —

Die Schriftleitung der „Frankf. Zeitg." bemerkt dazu: „Wenn in Krankenkassen solche geradezu unsinnige Ansichten, ein solches Mißverstehen der Buchführung usw. herrscht, so sollte doch mal die Aufsichtsbehörde ganz gehörig auftreten. Selbstverständlich ist gar nicht einzusehen, warum das Postscheckguthaben nicht dem Barbestand gleichzusetzen ist. Die Post stellt zu Revisionszwecken ohne weiteres eine Bescheinigung aus."

Eine badische Ortskrankenkasse schreibt uns mit Bezug hierauf: „Wir halten es für vaterländische Pflicht aller Krankenkassenverwaltungen namentlich zur jetzigen Kriegszeit, den Bargeldverkehr soweit als irgend möglich zu beschränken und an seine Stelle den Postscheckverkehr treten zu lassen. — Einsichtige Verwaltungen werden sich dieser Einrichtung zwar schon bedienen, um so mehr, da dem nichts im Wege steht, daß das Guthaben beim Postscheckamt als Kassenbestand geführt wird. — Neben dem Postscheckverkehr müßte aber in den Kreisen der Krankenkassen vor allem dem Verkehr mit Banken und Sparkassen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Bei den Krankenkassen liegen gewöhnlich — zwar nur vorübergehend — sehr erhebliche Barbestände. Diese sollten, soweit sie nicht zu laufenden Krankengeldauszahlungen sofort benötigt werden, bei einer Bank oder Sparkasse unverzüglich angelegt werden, um sie so dem allgemeinen Geldmarkte zuzuführen und um der Kasse den Zinsertrag zu sichern. Die Begleichung größerer Forderungen, namentlich der Aerzte, Apotheker, Krankenhäuser, Lieferanten usw., dürfte dann nur im Ueberweisungs- oder Scheckverkehr erfolgen. Der Saldo des betreffenden Bank- oder Sparkassenkontos kann, gleich demjenigen des Postscheckkontos, als Kassenbestand geführt werden. — Wir haben bei unserer Kasse auf diesem Wege im vergangenen Jahre mehrere 100 000 M. umgesetzt und für die Kasse dadurch ein erhebliches Zinserträgnis erzielt."

Versicherungspflicht bei Uebernahme einer unselbständigen Beschäftigung nur für die Kriegszeit?

Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin-Wilmersdorf hält, nach Zeitungsmitteilungen, diejenigen Personen, die eine nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte versicherungspflichtige Beschäftigung vor Kriegsbeginn nicht ausgeübt haben und auch nach Beendigung des Krieges nicht auszuüben beabsichtigen, hinsichtlich einer lediglich für die Kriegsdauer übernommenen Beschäftigung nicht für angestelltenversicherungspflichtig. —

Man wird nähere Mitteilungen über den Sachverhalt in dem Falle, der zu dieser Stellungnahme des Direktoriums Anlaß gegeben hat, und über die etwaige Begründung abwarten müssen. Einstweilen scheint es, als stünde die Auffassung des Direktoriums im Widerspruch mit der hier im Jahrg. 1915 Heft 22 S. 514 mitgeteilten Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. Mai 1915 (2040 Amtl. Nachr. 1915 S. 560), in der selbständige Kaufleute, die, ohne völlige Aufgabe ihres Gewerbes, nur für die Kriegszeit noch eine unselbständige Beschäftigung übernommen haben, für versicherungspflichtig erachtet worden sind.

Härten im Einführungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung.

Der Uebergang vom alten zum neuen Recht hat namentlich auf dem Gebiete der Invalidenversicherung einige Härten gezeitigt. Mit zwei Fällen dieser Art hatte sich die Petitionskommission des Reichstages zu beschäftigen. Die Ehemänner zweier Frauen sind im Herbst 1911 erwerbsunfähig erkrankt und, ohne die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt zu haben, im Jahre 1912 verstorben. Ein Antrag auf Invalidenrente wurde nicht gestellt, weil die Krankenhausärzte sich über die Leiden nicht ausließen, vielmehr baldige Besserung in Aussicht stellten. Der von den Frauen gestellte Antrag auf Hinterbliebenenrente wurde von allen Instanzen der Reichsversicherung abgewiesen. In Anwendung kommt hier Art. 71 Abs. 2 Einf.Ges., nach dem keinen Anspruch auf Fürsorge nach dem vierten Buche der Reichsversicherungsordnung haben die Hinterbliebenen solcher Versicherter, die am 1. Januar 1912 im Sinne des § 5 Abs. 4 JVG. dauernd erwerbsunfähig waren und dann verstorben sind, ohne inzwischen die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt zu haben. Aber auch der Antrag auf Rückzahlung der Hälfte der für die Ehemänner geleisteten Beiträge wurde von den genannten Instanzen unter Anziehung des Art. 75 Einf.Ges. abgewiesen, weil der Tod erst nach dem 31. Dezember 1911 eingetreten ist. Die Witwen bringen durch ihre Eingabe die Ansicht zum Ausdruck, daß ihnen der eine oder andere Anspruch billigerweise zuerkannt werden müsse. Es könne nicht die Absicht des Gesetzgebers sein, in solchen Fällen den Hinterbliebenen die Rechte aus dem alten Gesetz zu nehmen, ohne als Ersatz den Anspruch auf Hinterbliebenenfürsorge nach der Reichsversicherungsordnung einzuräumen. Die Petenten beantragen daher, den Witwen und Waisen derjenigen Versicherten, die im Jahre 1911 oder früher erkrankt und, ohne die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt zu haben, im Jahre 1912 verstorben sind, die Wohltaten der Reichsversicherungsordnung von Amts wegen zu Teil werden zu lassen, ohne daß sie es nötig haben, einen Antrag zu stellen.

Der Regierungsvertreter antwortete darauf in der Kommission für Petitionen in langen Ausführungen. Eine Aenderung des Gesetzes, so sagte er, in dem Sinne, daß dem Antrag der Petition auf Gewährung der Hinterbliebenenbezüge stattgegeben werden könnte, erscheint unzulässig. Personen, die bereits dauernd erwerbsunfähig sind, können (zu vgl. § 1236 RVO.) nicht in die Versicherung eintreten. Dies muß entsprechend für die durch die Reichsversicherungsordnung neu

eingeführte Hinterbliebenenversicherung gelten. Zu demselben Ergebnis führt eine weitere Erwägung: Wie die Entstehungsgeschichte des Einführungsgesetzes zeigt, ging das Gesetz davon aus, daß an sich ein Anspruch auf Hinterbliebenenbezüge nur erworben werde, wenn die volle Wartezeit unter der Herrschaft des neuen Gesetzes und unter Entrichtung der von ihm vorgeschriebenen erhöhten Beiträge zurückgelegt sei. Nur aus Zweckmäßigkeits- und Billigkeitsgründen ordnet Art. 68 Einf.-Ges. für eine Uebergangszeit an, daß auch die vor dem 1. Januar 1912 zurückgelegten, nach dem Invalidenversicherungsgesetz anrechenbaren Beitragswochen zur Erfüllung der Wartezeit dienen können. Diese recht schwerwiegende Vergünstigung noch weiter auszudehnen und Personen zuzuwenden, die unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung nicht eine einzige Beitragswoche erfüllt haben, vielmehr versicherungsunfähig waren, ist nicht angängig.

Eher hätte vielleicht seinerzeit erwogen werden können, in den Fällen des Art. 71 Abs. 2 noch den Anspruch auf Beitragserstattung gemäß § 44 JVG. zu gewähren, obwohl die Anspruch begründende Tatsache, der Tod des Versicherten, erst nach der Abschaffung der Beitragserstattung eingetreten ist. Indessen erscheint es bedenklich, nachdem das Gesetz beinahe vier Jahre lang in Kraft steht, neue Beitragserstattungsansprüche einzuführen, für die in dem Aufbau des Gesetzes kein Raum ist. Uebrigens ist kaum anzunehmen, daß eine irgend erhebliche Zahl von Fällen vorhanden ist, in denen der Sachverhalt dem Dargestellten gleicht.

Die Kommission beschloß mit großer Mehrheit, dem Reichstag den Antrag vorzulegen: den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, eine Aenderung des Art. 75 Abs. 2 Einf.Ges. zur RVO. dahingehend in Erwägung zu ziehen, daß in den Fällen des Art. 71 Abs. 2 der Anspruch auf Beitragserstattung gemäß § 44 JVG. auch dann besteht, wenn der Tod des Versicherten erst nach dem 31. Dezember 1911 eingetreten ist. Es steht zu erwarten, daß die Vollversammlung des Reichstages diesen Beschluß zu den ihren macht.

Die Ersatzkassen und der § 214 der RVO.

Das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung in Berlin hat an sämtliche im Sinne der §§ 503 flg. RVO. zugelassenen Ersatzkassen folgendes Rundschreiben gerichtet: „Nach der Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 28. Juni 1915 (Amtl. Nachr. 1915, S. 635) haben Kriegsteilnehmer, die innerhalb der ersten drei Wochen nach dem Ausscheiden aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im Gebiete des Deutschen Reichs verwundet werden, Anspruch auf die Regelleistungen der Krankenkassen nach § 214 RVO. Die Vorschrift des § 214 gilt für versicherungspflichtige Mitglieder von Ersatzkassen selbst für den Fall, daß sie in die Satzung oder in die Versicherungsbedingungen der Kasse nicht ausdrücklich aufgenommen sein sollte. Hiernach halten wir, wenn auch bei einem Streite zwischen Ersatzkasse und ihren Mitgliedern oder den Bezugsberechtigten die ordentlichen Gerichte zu entscheiden haben, es für geboten, daß die Ersatzkassen den vom Reichsversicherungsamt aufgestellten Grundsatz in Zukunft beachten."

Der Krieg als Heilmittel.

Der „Kompaß" (Nr. 1) teilt aus einem Gutachten des Sanitätsrats Dr. Meyer in Chemnitz folgende Bemerkungen mit: „Der Krieg läßt, wie so viele Dinge und Anschauungen, so auch den Begriff der Arbeitsfähigkeit und ihrer Einbuße durch Körperschädigungen sicherlich uns alle in einem anderen Lichte erblicken. Wie viele ältere Männer haben jetzt und schon seit Jahresfrist ihren Dienst erfolgreich wieder aufgenommen, die sich bereits als völlig verbraucht, als „invalide" angesehen hatten und auch dafür von andern angesehen wurden. Wie viele Tausende haben sich als voll leistungsfähige Soldaten erwiesen, die nach den bisherigen Anschauungen — wegen Bruchleidens, Verlust von Fingern, geringer Störungen der Seh- und Hörfähigkeit usw. — als dienstuntauglich vorher bezeichnet wurden. Dabei verlangt sicherlich gerade dieser Krieg von jedem einzelnen ein besonders hohes Maß von Widerstandsfähigkeit, von Kraft und Geschicklichkeit in allen technischen Dingen. Und so wird sicherlich diese gewaltige Prüfung des Volkes auch an den in langer Friedenszeit geschaffenen sozialpolitischen Gesetzen nicht spurlos vorübergehen können und zu einer besseren, gerechteren Würdigung der Erwerbsfähigkeitseinbuße durch Unfallfolgen gelangen lassen. Dabei ist diese bessere, wenn auch zunächst strenger erscheinende Würdigung sicherlich im eigensten Interesse der Verletzten gelegen. Von einzelnen Beispielen ganz abgesehen, wo einarmige Offiziere nach schon verhältnismäßig kurzer Zeit zur Gewöhnung als dienstfähig wieder zur Front zurückgekehrt sind — wie schnell haben sich Tausende mit selbst schweren und wiederholten Schädigungen abzufinden gewußt, da sie es trieb, wieder in die Reihe der Kämpfenden mit eingestellt zu werden — Schädigungen, die in Friedenszeiten hohe Renten zur Folge gehabt und deren Beschwerden infolgedessen jahrelang noch angehalten hätten!

Während des Krieges überwindet die Begeisterung, die Sorge ums Ganze die Rentenbegehrungsvorstellung und schafft dadurch allein schon zweifellos die günstigste Vorbedingung für eine schnelle Abheilung und größtmögliche Gewöhnung. — Auch im Frieden wird man — mehr noch wie bisher — von allen Seiten darauf dringen müssen, daß dieser Eifer, mit Unfallschädigungen möglichst schnell fertig zu werden, um bald und voll leistungsfähig in die Reihe der Arbeitenden wieder mit eingestellt werden zu können, nicht durch Gewährung von irgendwie überflüssiger Rente verkümmert wird". —

Wir bemerken hierzu: Man wird die Berechtigung dieser Ausführungen nur mit gewissen Einschränkungen gelten lassen können. Der Kriegszustand schafft eben eine eigene Atmosphäre der erhöhten „Begeisterung und der Sorge ums Ganze" und verdrängt vielfach kleinliche persönliche Sorgen und Schmerzen. Diese erfreuliche Wirkung des sonst so unerfreulichen Zustandes braucht nicht alsbald mit dem Friedensschluß wegzufallen; es kann gehofft werden, daß sie geraume Zeit nachdauern wird und daß das Wiederaufblühen normaler Lebensmöglichkeiten und der Wegfall der „Sorge ums Ganze" gleichfalls als mächtiger Antrieb auf die Einzelnen wirken und sie noch weiter über manche persönlichen Sorgen und

Leiden hinwegheben wird. Aber wir dürfen uns nicht selbst betrügen und nicht erwarten, daß dieser gehobene Seelenzustand ein dauernder sein werde oder daß es durch Zureden, durch Hinweis auf die überstandene Kriegszeit oder gar durch irgendeinen Druck, wie Drohung mit Versagen oder Entziehen der Rente, gelingen könne, das allmähliche Abflauen der antreibenden Momente aufzuhalten oder gänzlich zu überwinden. Nichts wäre unbilliger, als schematisch das Verhalten eines Verletzten in der Friedenszeit mit seinem oder gar mit eines anderen Verhalten in der Kriegszeit zu vergleichen und bei jedem einzelnen die gleiche Kraft der Selbstüberwindung, die ihm die Kriegszeit gab, auch im Frieden vorauszusetzen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Grenze der Ausgleichspflicht nach § 197 RVO.

1. Nach Eupen. Antwort: Wir halten es für selbstverständlich, daß die Erstattungspflicht einer Kasse nach § 197 RVO. in keinem Fall über den Betrag hinausreichen kann, den sie hätte aufwenden müssen, wenn die Wöchnerin noch im Zeitpunkt der Niederkunft zu dieser Kasse gehört hätte. Das ergibt sich auch aus dem Zwecke der Vorschrift, der dahin geht, „die Abschiebung weiblicher Versicherter, die ihrer Niederkunft entgegensehen, an andere Krankenkassen zu verhindern" (Begr. S. 159). Darüber würde es hinausgehen, wenn die Kasse zu mehr verpflichtet sein würde, als sie ohne eingetretenen Kassenwechsel zu zahlen gehabt hätte; die hierin liegende Unbilligkeit wäre besonders empfindlich in allen Fällen, in denen der Kassenwechsel — wie es doch die Regel ist — sich ganz ohne Einwirkung der Kasse vollzieht. Der hier vertretenen Ansicht Hahns ist auch Hoffmann beigetreten („Betriebskrankenkasse" 1915 S. 139). Entscheidungen sind uns bisher nicht bekannt geworden.

a) Berechnung der Dauer der Kassenleistungen für einen Lehrling ohne Entgelt. b) Kassenleistungen für Mitglieder einer geschlossenen Gemeindekrankenversicherung.

2. Nach C. (Ortskrankenkasse). Antwort: a) Es liegt ein einheitlicher Unterstützungsfall vor, weil der Lehrling vom 5. Juli 1915 ab ununterbrochen krank im Sinne der Krankenversicherung war. Wenn er in der Zeit vom 18. August 1915 bis 19. Januar 1916 weder ärztliche Behandlung noch Heilmittel gebraucht haben sollte, so war er doch „bettlägerig", also offenbar arbeitsunfähig infolge seiner Erkrankung. Die Leistungsdauer von 26 Wochen ist danach vom 5. Juli 1915 ab ohne Unterbrechung zu berechnen; die Zeit vom 18. August bis 19. Januar ist mit einzurechnen. Für die Nichtanrechnung dieser Zeit nach § 183 Abs. 1 Satz 2 RVO. fehlt, da es sich um einen Lehrling handelt, der keinen Entgelt bezog, die erste Voraussetzung für die Anwendung dieses Satzes 2, nämlich ein Anspruch auf Krankengeldbezug. Da er einen solchen Anspruch nicht hatte (§ 494), endete die Krankenhilfe nach Satz 1 mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit (genauer: nach Beginn der Kassenleistungen), obwohl der Kranke eine Zeit lang nur arbeitsunfähig, nicht auch eines Aktes der Krankenpflege bedürftig war.

b) Wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis bei Schließung der Gemeindekrankenversicherung am 31. Dezember 1913 nicht mehr bestand, so gehörte der Kranke nicht zu den „Versicherungspflichtigen", die nach Art. 14. Einf.-Ges. zur RVO. in Verbindung mit § 300 RVO. Ihrer Kasse zu überweisen waren. Ihre Kasse hatte also keine Verpflichtung, die auf Veranlassung der Gemeindekrankenversicherung begonnene Krankenhauspflege vom 1. Januar 1914 ab weiter zu gewähren. Wenn sie irrtümlich dennoch die Kosten dieser weiteren Leistung trug, so kann sie dafür Ersatz bei der Abwicklung der Geschäfte der Gemeindekrankenversicherung beanspruchen (Art. 14 mit § 301). Streit hierüber ist nach § 224 Ziff. 2 auszutragen. Näheres bei Hahn, Handb. Anm. 3a und b zu § 224 RVO.

Versicherungspflichtige Kriegsbeschäftigung.

3. Nach H. Frage: a) Jetzt während des Krieges seit 1. Oktober 1914 wird hier von der Stadt ein Mann in der Futtermittel-Verteilungsstelle beschäftigt. Er hat täglich von 8 Uhr bis 12½ Uhr vormittags und von 2 bis 5 Uhr nachmittags zu arbeiten, mit Ausnahme des Mittwochs und Sonnabends vormittags. An Lohn erhält er 17,50 M. wöchentlich. Er hat noch ein Gemüsegeschäft, in welchem er in der übrigen Zeit tätig ist. Das Geschäft ist sonst sein Hauptberuf. Während der Zeit, in der er für die Stadt arbeitet, versieht die Frau sein Geschäft. Ist die Beschäftigung bei der Stadt versicherungspflichtig?

b) Auf der Städtischen Sparkasse wird jemand beschäftigt, der sonst noch Agent verschiedener Versicherungen ist und außerdem auch noch ein beträchtliches Vermögen besitzt. Die Arbeitszeit ist täglich von 9—1 Uhr vormittags, 3—6 Uhr nachmittags. Als Gehalt bezieht er monatlich 150 M. Diese Beschäftigung ist nur vorübergehend. Ist derselbe versicherungspflichtig?

Antwort: Wir nehmen in beiden Fällen Versicherungspflicht an. Mögen die Beiden sich auch in gehobener Stellung befinden, worüber die Anfragen freilich keine Angaben machen, so kann eine Tätigkeit, die täglich 7 Stunden und mehr in Anspruch nimmt, doch nicht als Neben-

beruf angesehen werden (§ 165 Ziff. 2 RVO.). Eine Befreiung von der Versicherungspflicht auf Grund der Bekanntmachung vom 17. November 1913 kann auch nicht in Frage kommen. Denn es handelt sich nicht um vorübergehende Dienstleistungen. Denn die Tätigkeit wird weder nur nebenher ausgeübt, noch auch ist das Entgelt geringfügig. Wir verweisen auf die ähnliche Fälle betreffende Entscheidung des Reichsversicherungsamts in der Arb.-Vers. 1915 S. 514.

Krankenversicherung beim Zusammentreffen ständiger und unständiger Beschäftigung.

4. Nach Hoyerswerda. Antwort: Beim Zusammentreffen ständiger und unständiger Beschäftigung ist für die Frage, ob Versicherungspflicht vorliegt oder ob diese nach § 168 RVO. und dem Bundesratsbeschluß vom 17. November 1913 ausgeschlossen ist, der Verdienst aus beiden Arten der Beschäftigung zusammenzurechnen, so daß schon eine für sich allein geringfügige ständige Beschäftigung durch das Hinzutreten der unständigen Beschäftigung die Versicherungspflicht und, ohne Eintragung in das Mitgliederverzeichnis der Unständigen, die Kassenzugehörigkeit begründen kann (zu vgl. Seelmann in Arb.-Vers. 1914 S. 304). Die Verstorbene war daher Mitglied Ihrer Kasse, wenn ihr Gesamtverdienst nicht weniger als etwa $^1/_3$ des Ortslohns betrug. Sie hatte in diesem Fall Anspruch auf das satzungsmäßige Krankengeld, und dieser Anspruch ist auf ihre Erben übergegangen (RVA. 2086 Amtl. Nachr. 1915 S. 664). Ebenso haben unter jener Voraussetzung die im § 203 Bezeichneten Anspruch auf das Sterbegeld.

Vergütung für Einziehung der Beiträge zur Invaliden-Versicherung.

5. Nach L. Antwort: Die Vergütung, die für Einziehung von Beiträgen von der Versicherungsanstalt nach § 1449 RVO. zu gewähren ist, kommt der Einzugsstelle zu, also der Betriebskrankenkasse, wenn diese damit betraut ist, nicht der Firma, für deren Personal die Kasse errichtet ist.

Zuschlag zum Sterbegeld aus dem Vermögensüberschuß einer aufgelösten Gemeindekrankenversicherung.

6. Nach Sch. Frage: Die geschlossene Gemeindekrankenkasse R., deren Mitglieder auf unsere Kasse übergegangen sind, hat ihren Vermögensrest an unsere Kasse abgeliefert und dabei mitgeteilt, daß sie die Bildung eines Sondervermögens beantrage. Nach § 294 RVO. in Zusammenhang mit § 14 des Einführ.-Ges. wird hieraus für die Angehörigen aller in der Gemeinde R. beschäftigter und bei unserer Kasse versicherter Mitglieder ein Zuschlag zum Sterbegeld gewährt. Wer bestimmt nun die Höhe des Zuschlages? Er wird wohl solange fortbezahlt, bis das Sondervermögen aufgebraucht ist?

Antwort: Das Einführungsgesetz zur RVO. spricht sich nicht deutlich darüber aus, wer im Falle seines Artikels 14 die Höhe des Zuschlags zu bestimmen hat. Da aber § 294 Abs. 2 entsprechend anzuwenden ist und dieser die Bestimmung dem Ausschuß der aufgenommenen Kasse überläßt, so sind entsprechend bei der Auflösung der Gemeindekrankenversicherung die Gemeindeorgane dazu berufen. Die Kasse hat unseres Erachtens das Recht dazu nicht. Ist das Sondervermögen aufgebraucht, so fällt der Zuschlag fort.

Endgiltige Entscheidung des Oberversicherungsamts über eine nach § 531 festgesetzte Strafe.

7. Nach C. Antwort: Die Entscheidung des Versicherungsamts die auf Beschwerde gegen eine von der Kasse gemäß § 531 RVO. festgesetzte Strafe ergeht, ist nicht endgiltig, kann vielmehr durch weitere Beschwerde beim Oberversicherungsamt angefochten werden. Dieses entscheidet endgiltig. §§ 1797, 1798 RVO.

Verwarnung des Arbeitgebers wegen Versäumung der Anmeldung.

8. Nach J. Antwort: Die Verwarnung des Arbeitgebers durch das Versicherungsamt wegen Verletzung der Meldepflicht ist keine Strafe. Denn als solche kommt nur eine Geldstrafe (§ 530 RVO.) in Betracht. Infolgedessen ist der Arbeitgeber nicht bestraft, und die Kasse kann ihm nicht die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge auferlegen.

Anspruch des aus der Kasse ausgeschiedenen Kriegsteilnehmers auf Krankenhilfe.

9. Nach Schneidemühl. Antwort: Die Frage, ob ein Soldat als erwerbslos gilt, ist schon wiederholt in der „Arb.-Vers." erörtert worden. Wir bejahen sie mit dem Reichsversicherungsamt. Vergl. Arb.-Vers. 1915 S. 145, 661. In dem geschilderten Falle besteht demnach ein Anspruch auf Krankenhilfe, da H. innerhalb dreier Wochen nach seinem Ausscheiden aus der Kasse erkrankt ist.

Fortdauer des Anspruchs auf Krankenhilfe über die Dauer der Kassenmitgliedschaft.

10. Nach Bünde. Antwort: Mit der Vorschrift des § 311 RVO., wonach Arbeitsunfähige Mitglieder bleiben, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat, hat Ihre Frage garnichts zu tun. Daß ein Versicherter den während der Mitgliedschaft entstandenen Anspruch auf Krankenhilfe für die volle satzungsmäßige Dauer erwirbt, also ihn auch noch weiter behält, wenn er vor Ablauf dieser Dauer aus der Kasse ausscheidet, ohne arbeitsunfähig zu sein, ist von Hahn in Arb.-Vers. 1909 S. 85 näher begründet und auch sonst anerkannt (Preuß. OVG. in Arb.-Vers. 1898 S. 476, Hoffmann, Anm. 3 zu § 183 RVO., Rosin, Recht der Arbeiterversicherung I S. 418ff., 463ff.). Dies gilt auch, wenn nach dem Ausscheiden, aber vor Ablauf der Unterstützungsdauer Arbeitsunfähigkeit hinzutritt; denn dies ist bei fortdauernder Krankheit nicht ein neuer Versicherungsfall, sondern nur ein Grund der Steigerung des laufenden Anspruchs, der dann auch noch Krankengeld umfaßt.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1128 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. Februar 1916 | Heft 6

Der Einfluß des Krieges auf die Anwartschaft bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Nach § 1393 Abs. 1 Nr. 1, 2 RVO. werden als Beitragswochen in Lohnklasse II, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen, die vollen Wochen angerechnet, in denen der Versicherte zur Erfüllung der Wehrpflicht in Friedens-, Mobilmachungs- oder in Kriegszeiten eingezogen gewesen ist oder während deren er in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet hat. Diese Zeiten werden auch als Wochenbeiträge angesehen, welche das Erlöschen der Anwartschaft verhindern (§ 1281 Nr. 1 RVO.). Nach §§ 1280, 1282 RVO. erlischt die Anwartschaft, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstage (§ 1416 RVO.) weniger als 20 Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Weiterversicherung und weniger als 40 Wochenbeiträge auf Grund der Selbstversicherung oder ihrer Fortsetzung entrichtet worden sind; doch genügen bei der Selbstversicherung und ihrer Fortsetzung auch 20 Wochenbeiträge, wenn auf Grund der Versicherungspflicht mehr als 60 Beiträge geleistet worden waren.

Zunächst scheint die Annahme maßgebend gewesen zu sein, daß diese Vorschriften zur Steigerung der Renten und zur Verhütung des Erlöschens der Anwartschaft der Kriegsteilnehmer ausreichen würden. Im weiteren Verlaufe haben sich aber zwei empfindsame Lücken herausgestellt. Da nach § 1393 Abs. 2, § 1281 Nr. 1 RVO. die Kriegszeiten nur dann angerechnet werden, wenn vorher berufsmäßig nicht nur vorübergehend eine versicherungspflichtige Beschäftigung stattgefunden hat, so war für diejenigen Kriegsteilnehmer nicht gesorgt, die vorher nicht berufsmäßig oder nur vorübergehend versicherungspflichtige Arbeit verrichtet hatten. Insbesondere auch für solche Kriegsteilnehmer, von denen die freiwillige Versicherung in der Form der Selbstversicherung, der fortgesetzten Selbstversicherung oder der Weiterversicherung betätigt worden war. Nachdem durch die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) für die Angestelltenversicherung die Anrechnung der Kriegsdienstzeiten als Beitragszeiten auch bei der freiwilligen Versicherung zugestanden worden war, erschien es notwendig, die gleichen Vergünstigungen für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vorzusehen, damit keinem Versicherten durch den Eintritt in den Kriegsdienst seine Anwartschaft verloren geht. Diesem Zwecke dient § 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung vom 23. Sept. 1915 (RGBl. S. 845), welcher lautet:

„Während des gegenwärtigen Krieges in deutschen oder österreichisch-ungarischen Diensten zurückgelegte Militärdienstzeiten (§ 1393 Abs. 1 Nr. 1 und 2 RVO.) werden Versicherten, deren Anwartschaft aufrechterhalten ist oder gemäß dieser Verordnung aufrechterhalten wird, welche aber die Voraussetzung des § 1393 Abs. 2 RVO. nicht erfüllt haben, als Zeiten freiwilliger Versicherung angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Dabei gelten die entsprechenden Wochen, wenn zuletzt vorher, nicht nur vorübergehend, gültige Selbstversicherungsbeiträge entrichtet wurden, als Selbstversicherungsbeiträge, andernfalls je nach der Art der zuletzt vorher gültig entrichteten Beiträge als zur fortgesetzten Selbstversicherung oder zur Weiterversicherung geleistete Wochenbeiträge der Lohnklasse II."

Die hier vorgesehenen Verschiedenheiten wegen der Geltung der Kriegszeiten als Wochenbeiträge, und zwar als Selbstversicherungsbeiträge oder als Beiträge zur fortgesetzten Selbstversicherung oder zur Weiterversicherung hängen mit der verschiedenen Bewertung der Beitragswochen in den §§ 1278, 1279, 1280, 1282 RVO. zusammen. Nach § 1278 RVO. dauert die Wartezeit bei der Invalidenrente, wenn für den Versicherten auf Grund der Versicherungspflicht mindestens 100 Beiträge geleistet worden sind, 200, andernfalls 500 Beitragswochen. Die Beiträge für die freiwillige Versicherung werden auf die Wartezeit für die Invalidenrente nach § 1279 RVO. nur dann angerechnet, wenn mindestens 100 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder Selbstversicherung geleistet worden sind. Auch hinsichtlich des Erlöschens der Anwartschaft wird, wie bereits hervorgehoben, nach §§ 1280, 1282 RVO. ein Unterschied gemacht, je nachdem es sich um die Versicherungspflicht oder Weiterversicherung oder um die Selbstversicherung und ihre Fortsetzung handelt. In entsprechender Anwendung des Grundsatzes in der Revisionsentscheidung Nr. 1292 (Amtl. Nachr. 1906 S. 662), daß Militärdienstzeiten im Anschluß an berufsmäßige Lohnarbeit als Zeiten versicherungspflichtiger Beschäftigung zählen, wird die Militärzeit zugunsten der Kriegsteilnehmer, die vorher nicht nur vorübergehend die Selbstversicherung betätigt haben, als Selbstversicherungszeit angerechnet. Im übrigen werden Militärdienstzeiten, die auf Zeiten der Selbstversicherung, der fortgesetzten Versicherung oder der Weiterversicherung folgen, je nachdem als Zeiten der fortgesetzten Selbstversicherung oder der Weiterversicherung angerechnet. Die Anrechnung setzt im übrigen stets voraus, daß der Kriegsteilnehmer bei Beginn der Kriegsdienste zu den Versicherten gehörte und seine Anwartschaft nicht erloschen war. Beiträge, die für die nunmehr von selbst anrechenbaren Dienstzeiten etwa freiwillig geleistet sind, werden zurückgezahlt, wenn dies bis zum Schlusse des Kalenderjahres, das dem Jahre, in dem der Krieg beendet wird, folgt, beantragt wird (§ 6). Wird auf die Rückerstattung verzichtet, oder die Antragsfrist versäumt, so behalten die Beiträge ihre Gültigkeit, sofern das für den Versicherten günstiger ist, so daß Versicherte, die für sich freiwillig Beiträge einer höheren Lohnklasse als der II. Lohnklasse entrichtet haben, die daraus entspringenden Vorteile sichern können.

Die weitere Lücke in der Reichsversicherungsordnung, die die Anwartschaft des Versicherten anläßlich des Krieges gefährdet, besteht darin, daß die Nachentrichtung von Beiträgen infolge feindlicher Maßnahmen unmöglich gemacht ist. Dies gilt namentlich für Versicherte, die sich im Auslande einschließlich der deutschen Kolonien und Schutzgebiete aufhalten und infolge feindlicher Maßnahmen, wie Festhaltung als Zivilgefangene, Unterbringung in Sammellagern, Abschneidung des Verkehrs, Zahlungsverbote, an der Wahrung ihrer Rechte gehindert worden sind oder gehindert werden. Daneben kommen Versicherte in Betracht, die sich in deutschen Gebietsteilen, welche vom Feinde besetzt sind, aufhalten oder in Kriegsgefangenschaft geraten sind, so daß ihnen die nachträgliche Beitragsleistung für Zeiten vor dem Militär-

dienst unmöglich ist. Die Nachentrichtung von Beiträgen ist wichtig, weil solche Beiträge auf die zur Erhaltung der Anwartschaft während zweier Jahre zu zahlenden Beiträge angerechnet werden, soweit sie für Wochen geleistet werden, die in die zwei Jahre fallen; Rev.Entsch. 1045, 1544, 1659, 1714 (Amtl. Nachr. 1903 S. 371, 1911 S. 418, 1912 S. 1191, 1913 S. 514). Der hierdurch entstehende Nachteil wird durch § 2 der erwähnten Bekanntmachung in der Weise abgewendet, daß die Frist für die Nachentrichtung verlängert, auch die Zulässigkeit der Nachentrichtung erweitert wird. Während nach § 1442 Pflichtbeiträge unwirksam sind, wenn sie nach Ablauf von zwei Jahren, falls aber die Beitragsleistung ohne Verschulden der Versicherten unterblieben ist, nach Ablauf von vier Jahren nach der Zeit der Fälligkeit entrichtet werden, und nach § 1443 freiwillige Beiträge für mehr als ein Jahr zurück nicht entrichtet werden dürfen, ebensowenig nach Eintritt dauernder oder vorübergehender Invalidität oder für die weitere Invalidität, bestimmt § 2 folgendes:

„Soweit während des gegenwärtigen Krieges die Beitragsleistung zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung infolge von Maßnahmen feindlicher Staaten gehindert ist, dürfen für Versicherte deutscher und österreichisch-ungarischer Staatsangehörigkeit Beiträge, deren Entrichtung wegen Ablaufs der in den §§ 1442, 1443, 1444 Abs. 2 RVO. vorgesehenen Fristen unzulässig sein würde, noch bis zum Schlusse desjenigen Kalenderjahrs nachentrichtet werden, das dem Jahre folgt, in dem der Krieg beendet ist.

Für freiwillige Beiträge, die beim Eintritt der Behinderung wirksam nachentrichtet werden konnten, gilt der Abs. 1 nur in dem Umfang, in dem sie zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft (§§ 1280, 1282 RVO.) erforderlich sind.

In demselben Umfang ist die Nachentrichtung freiwilliger Beiträge in den Fällen der vorhergehenden Absätze auch nach eingetretener Invalidität zulässig."

Der Abs. 2 bezieht sich auf diejenigen freiwilligen Beiträge, deren Nachbringung bei Eintritt der Behinderung noch zulässig war. Würde der Krieg 1916 beendet, so würde sich aus Abs. 1 ergeben, daß freiwillige Beiträge von August 1913 ab bis Ende 1917 nachentrichtet werden könnten; die Wartezeit für die Invalidenrente konnte also, soweit sie nur 200 Wochen beträgt, mit einem Male erfüllt werden. Die Nachentrichtung ist deshalb nur insoweit zugelassen, als es zur Abwendung des Verlustes der ganzen Anwartschaft notwendig ist.

Der Abs. 3 bildet eine Ausnahme vom § 1443 RVO. und gestattet die sonst unzulässige Nachentrichtung von Beiträgen nach eingetretener Invalidität.

Die Nachentrichtung von Beitragsrückständen für Kriegsteilnehmer aus der Zeit vor ihrer Einberufung ist im § 3 geregelt, während im § 4 folgendes bestimmt wird:

„Die Verjährung nach § 29 Abs. 1 RVO. läuft bei rückständigen Pflichtbeiträgen nicht vor dem Zeitpunkt ab, bis zu dem sie gemäß der §§ 2, 3 nachentrichtet werden dürfen."

Dadurch soll vermieden werden, daß die Versicherten bei rückständigen Pflichtbeiträgen mit dem vollen Betrage belastet werden oder die Nachentrichtung, weil sie ihre Mittel übersteigt, ganz unterlassen.

Die Nachentrichtung ist grundsätzlich nur in den untersten Lohnklassen zugelassen (§ 5), damit nicht durch nachträgliche Verwendung von Marken der obersten Lohnklassen unverdient eine Erhöhung des Grundbetrages und eine Steigerung der Invalidenrenten erlangt werden.

Nach § 1420 RVO. gerät der Versicherte, dessen Quittungskarte innerhalb der Frist von zwei Jahren seit dem Ausstellungsjahre der Karte nicht umgetauscht worden ist, insofern in eine ungünstige Rechtslage, als er im Streitfall beweisen muß, daß die Anwartschaft gleichwohl erhalten ist. Zur Abwendung dieses Nachteils ist im § 7 bestimmt, daß die Aenderung der Beweislast nicht eintritt, wenn der Umtausch bis zum Schlusse des Kalenderjahres nachgeholt wird,

das dem Jahre, in dem der Krieg beendet wird, folgt.

Die Neuerungen sind zum 1. August 1914 in Kraft gesetzt worden. Eine erhebliche finanzielle Belastung der Versicherungsanstalten wird von ihnen nicht erwartet.

Soweit die Vorschriften in dieser Zeit anzuwenden sind, bildet ihre Nichtanwendung auch dann einen Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte. Soweit vor ihrem Inkrafttreten Ansprüche rechtskräftig abgewiesen worden sind, bildet die Nichtanwendung der Vorschriften einen Grund zur Wiederaufnahme des Verfahrens. Die Vorstände der Versicherungsanstalten sind selbstredend verpflichtet, an sie herantretende Anträge nach Maßgabe der neuen Vorschriften auch dann zu prüfen, wenn ein früherer ablehnender Bescheid rechtskräftig geworden ist. Das Reichsversicherungsamt würde auf ein entsprechendes Verhalten der Vorstände im Aufsichtswege hinzuwirken haben.

Der Einfluß der Sonntagsarbeit auf Lohnklasse und Beitragszahlung.

Vom Regierungsrat von Geldern, Mitglied des Oberversicherungsamts Groß Berlin.

Der § 180 RVO. bestimmt, daß für den Grundlohn, nach welchem die baren Leistungen der Krankenkassen bemessen werden, der durchschnittliche Tagesentgelt maßgebend sein soll, und zwar bis 5 (6) M. „für den Arbeitstag". Die Anwendung dieser Vorschrift hat bei der Festsetzung des Grundlohns zu Schwierigkeiten geführt, weil in Wirklichkeit nicht immer ein Tagesentgelt, sondern auch Wochenlohn sowie Monats- und Jahresgehalt gezahlt wird, und zwar als Entgelt für eine Arbeitstätigkeit, die entweder nur an Werktagen oder auch an Sonn- und Feiertagen, mitunter während der Kalenderwoche ohne Rücksicht auf den Sonntag, aber unter Einschaltung von Ruhetagen stattfindet. Der Sonntagsarbeit ist dann weiterhin ein Einfluß auf die Bemessung der Beiträge (§ 380 ff. RVO.) eingeräumt worden. Man hat hierbei den Umstand berücksichtigen zu müssen geglaubt, daß eine Krankenkasse das Krankengeld gemäß § 191 Abs. 1 RVO. auch für Sonn- und Feiertage zahlte.

Das Reichsversicherungsamt hat in der grundsätzlichen Entscheidung vom 30. Oktober 1913 (Amtl. Nachr. 1913 S. 829 Nr. 1788) der Tatsache, daß der Versicherte an Sonn- und Feiertagen arbeitet, eine Bedeutung nicht allein für die Gewährung des Krankengeldes (§ 182 Nr. 2), sondern auch für die Erhebung der Kassenbeiträge zuerkannt. Die Entscheidung ist in dieser Zeitschrift (Jahrg. 1914 S. 153 ff.) von Hahn einer eingehenden Kritik unterzogen worden. Die Streitfrage hat seitdem verschiedentlich die Rechtsprechung beschäftigt. Vgl. Entsch. des OVA. Groß-Berlin vom 24. April 1915, mitgeteilt in der Monatsschr. für Arbeiter- und Angestelltenvers. 1915 Heft 9 S. 595, und des VA. Hamburg vom 22. Juni 1914 Arb.-Vers. 1914 S. 691. Der weiteren Klarstellung mögen folgende Ausführungen dienen. Der Einfluß, den die Arbeitstätigkeit an Sonn- und Feiertagen auf die Festsetzung des Grundlohns ausübt, ist getrennt zu halten von ihrer etwaigen Rückwirkung auf die Erhebung der Kassenbeiträge. Der auf den Arbeitstag entfallende Entgelt ist nach § 180 für die Feststellung des Grundlohns maßgebend. Das Krankengeld ist nach § 182 Nr. 2 für jeden Arbeitstag zu zahlen. In den Vorschriften über die Bemessung und Zahlung der Beiträge (§§ 385 ff. 397) ist dagegen auf den Arbeitstag nicht Bezug genommen, sondern nur auf den Grundlohn, und dies ist wohl schon ein Zeichen dafür, daß die Arbeitsleistung am Sonntag nicht die gleiche Wirkung hier wie dort haben kann.

Als Grundlohn soll nach § 180 der durchschnittliche Tagesentgelt festgesetzt werden. Tagesentgelt ist begrifflich derjenige Entgelt, welcher für die innerhalb des Zeitraums eines Tages geleistete Arbeit gewährt wird. „Tagesentgelt" wird also stets nur für Arbeitstage gewährt. Erhält Jemand für den arbeitsfreien Tag eine Zuwendung, so ist diese kein „Entgelt". Arbeitet der Versicherte tatsächlich nicht nur an den Werktagen, sondern auch an Sonn- und Feiertagen, so haben auch diese Tage als „Arbeitstage" im Sinne des § 180 und nach dem Sprachgebrauch überhaupt zu gelten.

In vielen Fällen ergibt sich nun der auf den Arbeitstag entfallende Entgelt ohne Weiteres aus dem Arbeitsverhältnis. Wenn dies aber nicht der Fall ist, wenn kein bestimmter Entgelt für den Arbeitstag gewährt wird, muß bei der Einreihung des Versicherten in eine Lohnklasse oder -Stufe sein Tagesentgelt berechnet werden. Wochenlohn, Monats- und Jahresgehalt müssen zu diesem Zwecke unter Berücksichtigung der tatsächlichen Arbeitstage auf den Tagesentgelt zurückgeführt werden. Andererseits muß in den Satzungen der Krankenkassen grundsätzlich der Tagesentgelt ziffermäßig angegeben sein. Wird, wie es vielfach aus praktischen Gründen geschieht, der Entgelt auch für die Woche und für den Monat in der Satzung angegeben, so müssen auch diese Beträge den tatsächlichen Arbeitsverhältnissen entsprechend auf den Tagesentgelt zurückgeführt sein. Es ist dann unvermeidlich, den wöchentlichen und den monatlichen Entgelt, wo er in den Satzungen (oder in einer der Satzung beigegebenen Tabelle) erscheint, in zwei getrennten Skalen festzulegen, je nachdem er für Versicherte gelten soll, die an durchschnittlich 6 oder aber 7 Tagen in der Woche und an durchschnittlich 25 oder 30 Tagen im Monat für das ihnen gewährte Entgelt tätig sind. Geschieht dies nicht, so ist nicht der „Tagesentgelt" zu Grunde gelegt, wie es doch das Gesetz will.

Hierzu ist noch zu bemerken, daß der Ausübung einer Arbeitstätigkeit das sich zur Verfügung Halten oder die ständige Dienstbereitschaft des Versicherten (Ziff. 9 Abs. 2 der Anleitung des RVA. Amtl. Nachr. 1912 S. 721) gleichzusetzen ist. Ob eine solche Dienstbereitschaft vorliegt, ist Tatfrage, für deren Entscheidung u. a. die Feststellung wichtig ist, ob der Versicherte dafür, daß er sich zur Verfügung des Arbeitgebers hält, neben dem Wochen- oder Monatslohn noch eine besondere Vergütung zu beanspruchen hat. — Vgl. zu Vorstehendem Arb.-Vers. 1915 Seite 193 ff.

Der auf die beschriebene Art festgestellte durchschnittliche Tagesentgelt oder Grundlohn hat eine doppelte Bedeutung: nach ihm werden die baren Leistungen der Kasse und andererseits die Beiträge bemessen. Die baren Leistungen (das Krankengeld) werden außerdem nach § 182 Nr. 2 in der Regel für jeden „Arbeitstag" gezahlt, d. h. für jeden Tag, an dem der Versicherte während der Kassenmitgliedschaft regelmäßig gearbeitet hat und demzufolge ohne Eintritt der Erkrankung voraussichtlich arbeiten würde. Den Ausdruck „Arbeitstag" gebraucht das Gesetz hier gleichfalls in dem oben erörterten Sinne, und wenn in dem von Mehrleistungen handelnden § 191 Abs. 1 von „Sonn- und Feiertagen", dem begrifflichen Gegensatz zu „Werktag", nicht zu „Arbeitstag", die Rede ist, so beruht dies lediglich darauf, daß im Allgemeinen an Sonn- und Feiertagen die Arbeit ruht, diese Tage also tatsächlich keine Arbeitstage sind.

Sollen nun aber für diese Tage nach der Absicht des Gesetzes auch keine Beiträge gezahlt werden oder doch nur dann gezahlt werden, wenn an ihnen gegen Entgelt gearbeitet wird? Eine ausdrückliche, dem § 182 Nr. 2 entsprechende Vorschrift besteht nicht. Von den Beiträgen heißt es in § 385 nur, daß sie nach Maßgabe (in Hundertsteln) des Grundlohns zu bemessen sind. Daraus kann m. E. nur gefolgert werden, daß, nachdem einmal die Feststellung des Tagesentgelts dazu geführt hat, eine ziffermäßige Grundlage zu finden, auf der die Bemessung der Geldleistungen sowohl als der Geldbeiträge erfolgen kann, diese, mühsam gewonnene, Durchschnittsberechnung nun nicht wieder in ihrer Wirksam-

keit gestört werden darf, indem eine ungleichmäßige Heranziehung der nach ihrem Durchschnittslohn gruppierten Kassenmitglieder zu den Beiträgen stattfindet, je nachdem sie des Sonntags arbeiten oder nicht. Die Sonntagsarbeit kann leicht eine Verschiebung des Versicherten aus einer Lohnklasse oder -Stufe in eine andere zur Folge haben. Sie beeinflußt also bereits den für ihn in Frage kommenden Grundlohn, nach welchem der Kassenbeitrag berechnet wird, und darf nun nicht noch ein zweites Mal auf dessen Berechnung einwirken. Auch wenn der wirkliche Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten als Grundlohn bestimmt ist (§ 180 Abs. 4), muß der Wochen-, Monats- oder Jahresverdienst unter Berücksichtigung etwaiger Sonntagsarbeit auf den täglichen Arbeitsverdienst umgerechnet und damit ein Durchschnittssatz gewonnen werden.

Die Zahlung der Kassenbeiträge hat mit dem Umfang der einzelnen jeweiligen Arbeitsleistungen so wenig etwas zu tun als mit den einzelnen jeweilig fällig werdenden Kassenleistungen. Die Grundsätze der „Versicherung" bedingen die Ansammlung eines Vermögens oder Geldbestandes, aus dem die Leistungen nach Bedarf bestritten werden und zu dem die Kassenmitglieder ihre Beiträge nach Durchschnittssätzen zu entrichten haben. Diese Durchschnittssätze richten sich nach dem gemäß § 180 ermittelten Grundlohn. Die Frage ist daher nicht mehr, wieviel an Beiträgen zu leisten ist, — jeder hat den auf ihn, auf die entsprechende Klasse oder Stufe entfallenden Durchschnittssatz zu zahlen — sondern: wann beginnt die Beitragsleistung und wann hört sie auf? Eine diese Frage glatt beantwortende Vorschrift enthält die Reichsversicherungsordnung nicht. Es muß hier aber der aus dem Wesen der Versicherung sich ergebende Grundsatz gelten, daß Kassenbeiträge für die Dauer der Kassenmitgliedschaft zu entrichten sind, d. h. für diejenige Zeit, während welcher die Versicherung besteht und den Kassenmitgliedern Rechte daraus erwachsen.

Dieser Grundsatz, offenbar seiner Selbstverständlichkeit halber nicht in eine besondere Gesetzesvorschrift gekleidet, läßt sich aus den das Ende der Beitragspflicht betreffenden Bestimmungen des § 397 RVO. unschwer herauslesen. Wenn es hier in Abs. 1 heißt, daß die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen sind, so ist jener Grundsatz, nach welchem Beiträge nur bis zum Ende der Kassenmitgliedschaft zu zahlen wären, mit Absicht durchbrochen, und zwar, wie in den Entsch. des RVA. Nr. 2025 und 2054 Amtl. Nachr. 1915 S. 520 und 589 ausführlich dargelegt, im Interesse einer geordneten Geschäftsführung der Kassen und um auf die Arbeitgeber einen Druck auszuüben, daß sie die Abmeldungen rechtzeitig vornehmen. Nach Abs. 3 gilt (für Betriebskrankenkassen) der angegebene Grundsatz. Nach Abs. 2 und 4 sind die Beiträge, wenn ein Versicherter zwischen zwei Zahltagen aus der Beschäftigung ausscheidet, — was nicht schon bei Eintritt eines arbeitsfreien Tages, sondern erst bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses der Fall ist —„nach Verhältnis der Zeit" zurückzuzahlen oder „für volle Wochen" zu erheben und zurückzuzahlen. Wir verbinden mit den Begriffen „Zeit" und „Woche" die Vorstellung lediglich des Zeitablaufs, nicht aber einer bestimmten Qualität des Zeitraums, wie „Beschäftigungszeit" oder „Arbeitswoche". Somit muß dem Ablauf der Zeit in Verbindung mit einem bestimmten Ereignisse eine ausschlaggebende Bedeutung für die Zahlung der Beiträge zuerkannt werden; bei Anwendung des § 397 Abs. 1 und 2 ist es der Zeitpunkt der vorschriftsmäßigen Abmeldung, bei Abs. 3 das Ende der Mitgliedschaft, niemals aber schon der Umstand, daß an einem Tage tatsächlich nicht gearbeitet wird und vorkommendenfalls nach § 182 Nr. 2 kein Krankengeld zu zahlen wäre. Ebensowenig wie ein Versicherter dadurch allein, daß er Sonn- und Feiertags nicht arbeitet, die Kassenmitgliedschaft verliert, ist der Arbeitgeber für diese Tage von der Beitragszahlung und der Versicherte von der Pflicht befreit, sich seinen Beitragsanteil vom Lohn abziehen zu lassen.

Die Folge einer so geordneten Beitragserhebung ist, daß bei gleichem Wochen- usw. Lohn für Sonntagsarbeiter im allgemeinen ein geringerer Grundlohn zum Ansatz kommt und daher kleinere Beitragssummen erhoben werden als für bloße Werktagsarbeiter. Dafür ist aber für erstere auch das nach demselben Grundlohn zu bemessende Krankengeld geringer, und wenn dieses, nach § 182 Nr. 2 für jeden Arbeitstag gezahlt, ihnen wieder in größeren Summen als den Werktagsarbeitern zufließt, so kann die Krankenkasse etwaige Mißverhältnisse zwischen Beitragsleistung und Barleistung entweder durch allgemeine Zubilligung des Krankengeldes für Sonn- und Feiertage (§ 191 Abs. 1) oder durch Erhöhung der Beiträge für die Sonntagsarbeiter (§ 384 Abs. 3) ausgleichen.

Die vorstehenden Darlegungen führen also zu demselben, in der oben angegebenen Abhandlung (Hahn in Arb.-Vers. 1914 S. 153) gewonnenen Ergebnis, daß die Entscheidung des RVA. vom 30. Oktober 1913 nicht zutreffend ist und einer Nachprüfung und Abänderung bedarf.

Vom Standpunkt der Praxis aus mag noch bemerkt werden, daß die Einreihung der Versicherten in die Lohnklassen oder -Stufen für die Kassenverwaltungen umständlicher und schwieriger ist, wenn bei Wochen- und Monatslohn jedesmal geprüft und berücksichtigt werden muß, ob der Versicherte zur Arbeit oder Dienstbereitschaft an Sonn- und Feiertagen verpflichtet ist. Dies ist aber bei dem klaren Wortlaut des § 180 und in Anbetracht dessen notwendig, daß die tatsächlichen Arbeitsverhältnisse genau beachtet werden müssen, wenn der während der Arbeitszeit bezogene durchschnittliche Entgelt richtig festgestellt werden soll. Bei Feststellung und Anforderung der Beiträge ist dagegen eine unterschiedliche Behandlung der Kassenmitglieder nach Maßgabe ihrer Tätigkeit an Sonn- und Feiertagen nicht noch einmal erforderlich und nicht angängig. Hier muß die Krankenkasse eine einheitliche Skala aufstellen. Richtig ist nach obigen Ausführungen, für die wochenweise Berechnung der Beitragssummen einen Zeitraum von 7 Tagen und beim Monat entsprechend von 30, beim Jahr von 360 Tagen zu Grunde zu legen. Eine geringere Bemessung (nach 6, 25, 300 Tagen) würde, wenn auf alle Versicherten gleichmäßig angewandt, nicht gerade unzulässig sein, aber im Vergleich zur Ziffer des angewandten Prozentsatzes eine geringere prozentuale Belastung des Grundlohns bedeuten. ($3^6/_7$% statt $4^1/_2$%, wie Hahn in Arb.-Versorgung 1914 S. 157 dargelegt hat.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Formlose Befragung statt gehöriger Vernehmung von Zeugen als Grund für Aufhebung der Entscheidung.

Entsch. des Oberversicherungsamts Leipzig vom 14. Januar 1916 (II. 67/15).

Die Rüge der Allgemeinen Ortskrankenkasse L. ist begründet. Gemäß § 1652 RVO. kann der Vorsitzende des Versicherungsamts in Spruchsachen der Krankenversicherung vor der mündlichen Verhandlung Beweis erheben. Dies ist im vorliegenden Falle durch Befragung des Versicherten A., um dessen Beschäftigungsverhältnis es sich hier handelt, sowie des Malergehilfen Z. und des Arbeitgebers Malermeister U. geschehen. Nach § 25 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 ist im Falle des § 1652 RVO. den Beteiligten eine Nachricht über Zeit, Ort und Gegenstand der Beweisverhandlung zuzustellen, und nach § 26 ff. der Verordnung hat die Beweisaufnahme durch den Vorsitzenden unter Zuziehung eines vereidigten oder durch Handschlag verpflichteten Schriftführers zu geschehen. Diese Vorschriften hat das Versicherungsamt unbeachtet gelassen. Es liegt somit, zumal sich das Versicherungsamt in seiner Entscheidung hauptsächlich auf die Aussage des Malermeisters U. stützt, ein wesentlicher Mangel des Verfahrens vor. Wenn auch die Nichtinnehaltung der Vorschrift des § 25 der Verordnung im Hinblick auf die Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes Nr. 1455 vom 5. Oktober 1895 (Amtl. Nachr. 1895 S. 250)

dadurch als geheilt angesehen werden kann, daß der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig die Akten des Versicherungsamts mit den entsprechenden Erklärungen der gehörten Personen zur Kenntnisnahme vorgelegt worden sind und außerdem ein bevollmächtigter Vertreter der Kasse dem Verhandlungstermine vom 8. September 1915 beigewohnt, sie also nachträglich Gelegenheit erhalten hat, ihre Anstände bei dem Oberversicherungsamte geltend zu machen, so stellt doch die Nichtbeachtung der Vorschrift, daß die Beweiserhebung durch den Vorsitzenden selbst unter Zuziehung eines beeidigten Schriftführers zu erfolgen hatte, einen so groben Verstoß gegen die gesetzlichen Bestimmungen dar, daß er zur Zurückverweisung an das Versicherungsamt zur anderweiten Entscheidung führen mußte.

Versicherungsrechtliche Stellung des Empfangsfräuleins eines Zahnarztes.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 11. September 1915 (Angest.Vers. 1915 S. 228).

Die jetzige Frau G. war etwa bis zum September 1913 als Empfangsfräulein bei dem Zahnarzt F. in C. gegen ein Monatsgehalt von zuletzt 90 M. beschäftigt. Nach der Ansicht des Rentenausschusses hat ihre Tätigkeit zum Teil in Diensten niederer Art bestanden. Dazu gehört zweifellos das Staubwischen, das Hereinlassen, Hinausführen und Bedienen der Patienten beim Ablegen der Garderobe, das Bedienen des Fernsprechers, das Säubern der Instrumente, des Instrumenten- und des Arzneischrankes und die üblichen Handreichungen während der ärztlichen Behandlung der Patienten. Als Dienste höherer Art kommen nach Ansicht des Rentenausschusses das Festklopfen der Goldplomben und die schriftlichen Arbeiten in Betracht. Die erstere Tätigkeit hält der Rentenausschuß für eine Beteiligung an der Behandlung selbst, und zwar gegen den Widerspruch des Arbeitgebers, der ausführt, es handle sich auch hierbei um eine mechanische Verrichtung. Zur Begründung der Beschwerde ist eine Auskunft der Preußischen Zahnärztekammer vom 28. Dezember 1914 überreicht. Nach der einstimmigen Ansicht des Vorstands dieser staatlich anerkannten Standesvertretung (zu vgl. die Königliche Verordnung vom 16. Dezember 1912, Gesetzsammlung S. 233) ist die Tätigkeit eines Empfangsfräuleins bei einem Zahnarzt als eine solche niederer Art zu betrachten, soweit sie sich auf die üblichen Hilfeleistungen erstreckt. Unter diesen wird insbesondere auch das Hämmern von Goldfüllungen erwähnt. Auch diese Leistung bildet nach dem Schlußsatz der Auskunft nicht etwa einen Teil der Behandlung. Sie kann von jeder unvorgebildeten Person ausgeübt werden. Das Oberschiedsgericht hat kein Bedenken getragen, diese Auffassung auch seiner Beurteilung zugrunde zu legen. Es kommt daher nur noch darauf an, ob Fräulein P. wegen der ihr obliegenden schriftlichen Arbeiten als eine Angestellte im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu betrachten war. In dieser Richtung steht fest, daß Fräulein P. in das Bestellbuch, das der Arzt meist selbst führte, nach dessen Anweisungen Einträge machte, daß sie Rechnungen ausschrieb, nachdem der Arzt zuvor die Honorarsätze ausgerechnet hatte und daß sie nach Diktat Briefe schrieb. Häufig hatte sie tagelang keine schriftlichen Arbeiten. Anderseits soll sie auch an Sonntagen mit schriftlichen Arbeiten, und zwar auch mit solchen, welche mit der zahnärztlichen Praxis nichts zu tun hatten, beschäftigt gewesen sein. Da Fräulein P. nicht Bureauangestellte im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte war, so kommt es nicht darauf an, ob diese schriftlichen Arbeiten als mechanische Dienstleistungen im Sinne dieser Vorschrift zu gelten haben. Es ist vielmehr nach freiem Ermessen die Bedeutung dieser Arbeiten für die Stellung des Fräulein P. abzuwägen. Diese Tätigkeit hat das Oberschiedsgericht nach Art und Umfang nicht als eine Dienstleistung höherer Art bewerten können, da ihr jede selbständige Entschließung und eigene Verantwortlichkeit fehlte. Auch das monatliche Gehalt von 90 M. spricht nicht für eine gehobene Stellung. Die Herkunft und Vorbildung des Fräulein P. konnte bei dem im übrigen festgestellten Sachverhalte nicht ausschlaggebend für ihre Eigenschaft als Angestellte ins Gewicht fallen.

Hiernach war die Vorentscheidung aufzuheben und in Uebereinstimmung mit der Aeußerung des Schiedsgerichts auszusprechen, daß Frau G. in ihrem Anstellungsverhältnis bei dem Zahnarzt F. nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig war, sondern zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehörte.

„Leuteaufseher" in der Landwirtschaft — kein Angestellter in gehobener Stellung.

Entsch. des **Rentenausschusses Berlin** vom 23. März 1915.

Der Angestellte war nach dem 1. Januar 1913 bis zum 31. März 1914 bei der Gutsverwaltung in W. als Leuteaufseher gegen einen jährlichen baren Lohn von 320 M. und freie Station tätig.

Es lag ihm als Leuteaufseher ob, auf dem Felde täglich etwa 30—40 Arbeiter, insbesondere Frauen und Mädchen, bei den Ackerarbeiten zu beaufsichtigen. Außerdem hatte er das Futterkorn auszugeben und das Getreide abzuwiegen. Irgendwelche Anordnungsbefugnis über die Art

der auszuführenden Arbeiten stand ihm nicht zu. Auch eine Verantwortung für die Leistungen der ihm unterstellten Feldarbeiter trug er nicht. Seit dem 1. April 1914 ist der Angestellte als Schäfer und Arbeiter bei verschiedenen Arbeitgebern tätig gewesen.

Nach dem vorstehenden Sachverhalt hat die Beaufsichtigung von Ackerarbeiten auf dem Felde das Wesentliche der Stellung des Angestellten bei der Gutsverwaltung ausgemacht. Bei dem Fehlen jeglicher selbständiger Anordnungsbefugnis und dem Mangel einer Verantwortlichkeit für die Arbeiten der seiner Aufsicht unterstellt gewesenen Leute kann die Beschäftigung des Angestellten nicht als eine einem Werkmeister oder Betriebsbeamten ähnlich gehobene bezeichnet werden. Deshalb war die Versicherungspflicht des Angestellten in seiner Stellung bei der Gutsverwaltung in W. zu verneinen.

Verkäuferin in einem Schlächterladen als Handlungsgehilfin.

Beschluß des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung vom 24. September 1915 (Angest.Vers. 1915 S. 233).

Nach der Darstellung, welche der Arbeitgeber in seiner Beantwortung des Fragebogens vom 6. Juli 1914 über das Arbeitsverhältnis gegeben hat, ist die Angestellte ausdrücklich als Verkäuferin angenommen worden. Dies ist auch zutreffend, denn nach der näheren Beschreibung der Arbeitsleistungen der Angestellten hat diese im wesentlichen beim Verkauf der Fleischwaren mitgewirkt. Insbesondere ist dies der Fall gewesen in den späteren Nachmittagsstunden, wo sich der Geschäftsverkehr in Läden dieser Art besonders zusammendrängt. In der Hauswirtschaft des Arbeitgebers ist die Angestellte nicht tätig gewesen, ebensowenig bei der Be- oder Verarbeitung der Ware. Wohl aber hatte sie neben ihrer Verkäuferinnentätigkeit niedere Dienste gewerblicher Art zu leisten, insbesondere die Reinigung und die Aufräumung des Eisschrankes, das Schneiden von Schinken und Wurst auf der Maschine, das Reinigen der Maschine, das Aufräumen des Ladens und das Reinigen der Schneidebretter u. dgl. Alle diese Tätigkeiten treten aber, wie sich aus ihrer Natur von selbst ergibt, zurück hinter der Verkäuferinnentätigkeit. Die Angestellte ist danach als Handlungsgehilfin anzuerkennen. Sie hat allerdings neben den Diensten, welche das kaufmännische Gepräge tragen, noch Dienste gewerblicher Art verrichtet. In Fällen dieser Art, d. h. wenn ein Angestellter zugleich kaufmännische und gewerbliche Tätigkeit leistet, ist für die Beantwortung der Frage, ob es sich um einen Handlungsgehilfen oder Gewerbegehilfen handelt, diejenige Tätigkeit entscheidend, welche nach den Anschauungen des Lebens die Hauptsache ist, welche der ganzen Stellung das Gepräge gibt. In diesem Sinne ist der Begriff des Handlungsgehilfen gegenüber dem Gewerbegehilfen auch in der Rechtsprechung des Reichsgerichts festgestellt worden (zu vgl. die Entsch. des dritten Zivilsenats des Reichsgerichts vom 24. April 1906 und vom 14. Juni 1910, Jur. Wochenschrift 1906, 396, 1910, 839).

Auch das Oberschiedsgericht hat sich bereits in dem Beschlusse vom 21. April 1915 (AVN 1915 S. 134 Nr. 31) in dem gleichen Sinne ausgesprochen.

Im vorliegenden Falle fällt vor allem entscheidend ins Gewicht, daß die gewerblichen Arbeiten, welche die Angestellte verrichtet, in engstem Zusammenhange mit der eigentlichen Verkaufstätigkeit stehen und im wesentlichen deren Vorbereitung dienen.

B. Zur Krankenversicherung.

§ 214 RVO. gilt auch für Kriegsteilnehmer; tritt der Versicherungsfall im Ausland ein, so fällt der Anspruch weg, wenn die Satzung nichts anderes bestimmt.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts (Großen Senats) vom 11. Dezember 1915.

Der Kläger war bis zum 1. August 1914 versicherungspflichtiges Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse Z. Bei Beginn des Krieges wurde er als Landwehrmann zum Heeresdienst eingezogen. Er erkrankte am 20. August 1914 in Frankreich an Blinddarmentzündung und war bis zum 24. November 1914 arbeitsunfähig. Sein Anspruch auf Krankengeld wurde von der Krankenkasse abgelehnt, jedoch vom Vorsitzenden des Versicherungsamtes durch Vorentscheidung anerkannt. Der Vorsitzende verurteilte die Kasse, dem Kläger „während seiner mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit“ Krankengeld nach § 214 RVO. zu zahlen. Auf die Berufung der Kasse hob das Oberversicherungsamt durch Vorentscheidung des Vorsitzenden die Entscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamts auf und wies den Kläger mit seinem Anspruch ab. Dabei wurde ausgeführt, das Verfahren des Versicherungsamts leide an einem wesentlichen Mangel, weil entgegen dem § 1668 RVO. nicht Beginn und Umfang der Leistung festgestellt worden seien. Auch treffe die angefochtene Entscheidung sachlich nicht zu. § 214 a. a. O. könne für Kriegsteilnehmer nicht gelten, da sie nicht wegen Erwerbslosigkeit, sondern infolge der Einziehung zum

Militärdienst aus der Kasse ausgeschieden seien. Ferner setze der Anspruch auf Krankengeld voraus, daß die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten auf Krankheit beruhe. Das sei bei dem Kläger nicht der Fall, weil er schon durch Einberufung zum Heeresdienst arbeitsunfähig, d. h. unfähig zur Fortsetzung seiner bisherigen Beschäftigung, geworden sei.

Gegen diese Entscheidung hat der Kläger Revision beim Königl. Sächs. Landesversicherungsamt eingelegt. Die Kasse hat die Zurückweisung der Revision beantragt, unter Berufung auf die Entsch. des Großherzogl. Bad. Landesversicherungsamts vom 11. Februar 1915 (Arb.-Vers. 1915 S. 303). Das Sächs. Landesversicherungsamt hat die Revision nach §§ 1717, 1718 RVO. an den Großen Senat des Reichsversicherungsamts verwiesen, weil es von der Revisionsentscheidung 2071 (Amtl. Nachr. 1915 S. 635) abweichen wollte. Dort ist ausgesprochen, daß § 214 a. a. O. Kriegsteilnehmern jedenfalls insoweit zugute komme, als sie im Inland verwundet worden seien. Demgegenüber wollte das Landesversicherungsamt an seiner grundsätzlichen Entscheidung vom 10. Juli 1915 festhalten, wonach § 214 RVO. für Kriegsteilnehmer nicht gelte, da sie nicht „wegen Erwerbslosigkeit", sondern „infolge ihres Soldatwerdens" aus der Kasse ausschieden. Auch sei nicht als erwerbslos anzusehen, wer wegen ausschließlicher Inanspruchnahme durch öffentlich-rechtliche Leistungspflicht auf dem für die Versicherung allein maßgeblichen bürgerlichen Arbeitsmarkt einen Erwerb nicht finden oder suchen könne. Endlich treffe die Zweckbestimmung des § 214 in Fällen der vorliegenden Art nicht zu. Sie gehe dahin, den Versicherten während der Zeit, in der er die versicherungspflichtige Beschäftigung verloren, eine neue aber noch nicht erlangt habe, für drei Wochen nicht ohne den für diese Zwischenzeit besonders notwendigen Schutz zu lassen. Die Einziehung zum Heeresdienst von längerer oder unbestimmter Dauer käme schon deshalb nicht in Betracht, weil in diesem Falle die Möglichkeit eines neuen Erwerbes zunächst überhaupt abgeschnitten sei und überdies die Heeresverwaltung die volle Fürsorge für den Eingezogenen durch Gewährung von Nahrung, Kleidung, Unterkunft und Löhnung und gegebenenfalls auch durch Unterstützung seiner Angehörigen übernehme. Hiernach erledige sich die Frage, ob Kriegsteilnehmer hinsichtlich der Anwendung des § 214 verschieden behandelt werden müßten, je nachdem der Versicherungsfall im Inland oder Ausland eingetreten sei (§ 214 Abs. 3).

Der Große Senat hat sich der Ansicht des Königl. Sächs. Landesversicherungsamts nicht angeschlossen. Sie beruht auf Erwägungen, denen das Reichsversicherungsamt bereits in der Revisionsentscheidung 2071 mit eingehender, vom Großen Senat gebilligter Begründung entgegengetreten ist. Wie dort ausgeführt, sind Kriegsteilnehmer in Fällen der vorliegenden Art als erwerbslos anzusehen. Erwerbslosigkeit bedeutet das Fehlen einer Beschäftigung gegen Entgelt. Diese Begriffsbestimmung trifft für nicht berufsmäßige Soldaten zu, weil die ihnen von der Heeresverwaltung gewährten Zuwendungen keine Gegenleistung für ihre Tätigkeit bilden (zu vgl. Entsch. des Königl. Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 24. Juli 1907, Arb.-Vers. 1908 S. 614, und des Herzogl. Braunschw. Verwaltungsgerichtshofs vom 17. Januar 1912, ebenda 1913 S. 299). Unerheblich ist es, daß ein Kriegsteilnehmer wegen ausschließlicher Inanspruchnahme durch öffentlich-rechtliche Pflichten einen Verdienst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt weder suchen noch finden kann. Unter Erwerbslosigkeit ist lediglich das Fehlen einer entgeltlichen Beschäftigung zu verstehen. Es ist nicht erforderlich, daß an sich die Möglichkeit fortbesteht, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einen Verdienst zu erzielen. Sonst könnten z. B. Strafgefangene nicht als erwerbslos gelten, da ihnen ebenso wie den Kriegsteilnehmer infolge eines, wenn auch anders gearteten, öffentlich-rechtlichen Zwanges der allgemeine Arbeitsmarkt verschlossen ist (zu vgl. die Rev.Entsch. 2071). Gleichwohl ist unter der Herrschaft des § 28 Kr.Vers.Ges., dem § 214 RVO. entspricht, stets angenommen worden, daß die Erwerbslosenunterstützung auch Strafgefangenen zukomme, sofern sie während der Haft keinen Arbeitsverdienst erzielen (zu vgl. insbesondere Entsch. des Königl. Sächs. Ministeriums des Innern vom 27. Februar 1895, Reger 16 S. 44, und des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 14. März 1887, Reger 8 S. 34). An dieser Rechtslage hat die Reichsversicherungsordnung, abgesehen von der Vorschrift des § 216 Abs. 1 Nr. 1 über das Ruhen der Krankenhilfe, nichts geändert. Die Anwendung des § 214 auf Kriegsteilnehmer ist auch nicht deshalb zu verneinen, weil sie nicht „wegen Erwerbslosigkeit", sondern „infolge Soldatwerdens", also wegen Einziehung zum Militärdienst, aus der Kasse ausgeschieden seien. Jene Vorschrift ist, soweit sie von einem Ausscheiden „wegen Erwerbslosigkeit" spricht, nicht glücklich gefaßt. Die Erwerbslosigkeit als solche hat niemals das Ausscheiden eines Versicherten aus der Kasse zur Folge. Das gilt von einem Ausscheiden „wegen Erwerbslosigkeit" zunächst für Versicherungsberechtigte. Bei ihnen erlischt die Mitgliedschaft, unbeschadet der §§ 178, 314 Abs. 2 RVO., wenn sie zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichten und wenn seit dem ersten dieser Tage eine gewisse Frist verstrichen ist (§ 314 Abs. 1 RVO.), oder wenn sie freiwillig ihren Austritt erklären (zu vgl. Rev.Entsch. 2111, Amtl. Nachr. 1915 S. 762). Werden sie erwerbslos, so zieht dies ihr Ausscheiden aus der Kasse nicht ohne weiteres nach sich. Der Eintritt der Erwerbslosigkeit kann nur ein Grund für die Nichtzahlung der Beiträge oder für die Austrittserklärung sein. Das Reichsversicherungsamt hat daher in der Revisionsentscheidung 2111 angenommen, daß § 214 auf Versicherungsberechtigte nicht anzuwenden ist,

da sie nicht „wegen Erwerbslosigkeit" ausscheiden können. Auch bei Versicherungspflichtigen findet, streng genommen, ein Ausscheiden „wegen Erwerbslosigkeit" nicht statt. Soweit sie sich nicht nach § 313 RVO. freiwillig weiterversichern, endet ihre Mitgliedschaft, vorbehaltlich der für unständig Beschäftigte und für Hausgewerbtreibende geltenden Vorschriften des § 442 Abs. 2, 3, und der §§ 446, 447, 468 Abs. 1, wenn eine Voraussetzung für die Versicherungspflicht wegfällt (zu vgl. § 165), oder wenn sie nach §§ 169, 171, 172 a. a. O. versicherungsfrei oder gemäß §§ 170, 173 bis 175, 418, 435 von der Versicherungspflicht befreit werden, oder wenn ihnen bei Arbeitsunfähigkeit die Kasse keine Leistungen mehr zu gewähren hat (zu vgl. § 311). Immerhin besteht gegenüber den Versicherungsberechtigten der Unterschied, daß der Pflichtversicherte mit dem Eintritte der Erwerbslosigkeit, also der Beendigung der entgeltlichen Tätigkeit, unbeschadet der §§ 311, 313, 446, 447, 468 Abs. 1, ohne weiteres aus der Kasse ausscheidet (zu vgl. die Rev.-Entsch. 2111). Nur ist der rechtlich allein maßgebliche Grund hierfür nicht die Erwerbslosigkeit, sondern der mit dem Aufhören der entgeltlichen Beschäftigung verbundene Wegfall der Versicherungspflicht. Wenn § 214 gleichwohl von einem Ausscheiden „wegen Erwerbslosigkeit" spricht, so ist dies nur dahin zu verstehen, daß der Versicherte bei Ausscheiden aus der Kasse erwerbslos sein muß. Diesem Erfordernis ist in den Fällen der vorliegenden Art genügt, soweit nicht das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis trotz Einziehung zum Militärdienst ausnahmsweise fortbesteht oder von dem Rechte der freiwilligen Weiterversicherung Gebrauch gemacht wird (zu vgl. Rev.Entsch. 2071 und Entsch. 1969, Amtl. Nachr. 1915 S. 371). Abgesehen hiervon scheiden Versicherungspflichtige, die zum Kriegsdienst eingezogen werden, aus der Kasse aus. Die Versicherten werden mit der Einberufung zum Kriegsdienst erwerbslos. Gegenüber dem Bedenken des Königl. Sächs. Landesversicherungsamts, die Zweckbestimmung des § 214 Abs. 1 treffe für Kriegsteilnehmer nicht zu, hat die Rev.Entsch. 2071 mit Recht dargelegt, daß der Gesetzgeber bei Erlaß des § 214 (§ 28 Kr.Vers.Ges.) an den Wechsel einer Beschäftigung des Versicherten in erster Linie gedacht haben mag, trotzdem aber die Vorschrift so allgemein gefaßt hat, daß sie nicht lediglich auf diesen Fall bezogen werden darf. Auch der Entsch. des Großherzogl. Bad. Landesversicherungsamts vom 11. Februar 1915, auf welche die Kasse Bezug nimmt, hat sich der Große Senat aus den in der Rev.Entsch. 2071 dargelegten Gründen nicht anschließen können. § 214 gilt demnach, unbeschadet seines Absatzes 3, auch für Kriegsteilnehmer (zu vgl. auch Hänel, Monatsschrift für Arbeiter- und Angest.Vers. 1915 Sp. 481, und Koehne, Zentralblatt der Reichsversicherung 1915 S. 393), die infolgedessen, wenn sie durch Verwundung oder Krankheit arbeitsunfähig geworden sind, von der Kasse Krankengeld beanspruchen können. Mit Unrecht führt das Oberversicherungsamt aus, daß ein Soldat schon durch seine Einberufung zum Heeresdienst arbeitsunfähig, d. h. unfähig zur Fortsetzung seiner bisherigen Beschäftigung, werde. Unter Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Reichsversicherungsordnung ist, wie sich aus § 182 Nr. 2 ergibt, nur eine durch Krankheit herbeigeführte Arbeitsunfähigkeit zu verstehen. Wird die Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit aus andern Gründen unmöglich, so liegt keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Reichsversicherungsordnung vor. Sonst hätten auch freiwillig weiterversicherte Kriegsteilnehmer bei Verwundung oder Erkrankung keinen Anspruch auf Krankengeld. Diesen Anspruch hat das Reichsversicherungsamt aber schon wiederholt anerkannt (zu vgl. Rev.Entsch. 2042 und 2110 Amtl. Nachr. 1915 S. 573 und 761). Die Verpflichtung der Kasse zur Zahlung von Krankengeld wird regelmäßig auch nicht dadurch ausgeschlossen, daß die Heeresverwaltung den Kriegsteilnehmer in einem Lazarett behandeln läßt. Nach § 184 kann die Kasse an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewähren. Hat sich der Versicherte aus eigenem Antrieb in ein Krankenhaus begeben, so kann die Kasse dies noch nachträglich als für ihre Rechnung geschehen anerkennen (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. 8. und 9. Aufl. Anm. 3b zu § 184 RVO.). Ob das auch dann zulässig ist, wenn die Militärverwaltung einem Kriegsteilnehmer Lazarettbehandlung gewährt hat, kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls wäre eine derartige nachträgliche Ausübung des Wahlrechts der Kasse nur mit Zustimmung der Militärbehörde statthaft. Wird sie nicht erteilt, so ist das Krankengeld zu zahlen.

Vorliegend ist der Kläger in Frankreich erkrankt. Der Anspruch nach § 214 fällt gemäß Abs. 3 weg, wenn der Versicherte sich im Ausland aufhält und die Satzung nichts anderes bestimmt. Eine ähnliche, die freiwillige Weiterversicherung betreffende Vorschrift ist durch § 1 des Gesetzes, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 (Amtl. Nachr. 1914 S. 627) für Kriegsteilnehmer außer Kraft gesetzt worden. Dem regelmäßigen Aufenthalt im Inland im Sinne des § 313 Abs. 1 RVO. gilt danach ein Aufenthalt im Ausland gleich, der durch Einberufung des Versicherten zu Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichem Dienste verursacht ist. Eine derartige Bestimmung ist für die Fälle des § 214 Abs. 3 a. a. O.

nicht getroffen. Unter diesen Umständen läßt die Vorschrift für Kriegsteilnehmer keine Ausnahme zu. Es bleibt dahingestellt, ob ein ganz vorübergehender Aufenthalt, wie z. B. bei einer Besuchsreise, die Anwendung der Vorschrift ausschließt (zu vgl. von Frankenberg Anm. 9b zu § 214, dagegen Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 9b zu § 214). Ein derartiger Aufenthalt kommt in Fällen der vorliegenden Art nicht in Frage. Unerheblich ist es, daß der Aufenthalt des Kriegsteilnehmers im Ausland kein freiwilliger ist. § 214 spricht von einem Aufenthalt im Ausland schlechthin, nicht nur, wie § 216 Abs. 1 Nr. 2, § 615 Abs. 1 Nr. 3, § 1313 Nr. 1, von einem freiwilligen Aufenthalt daselbst. § 214 Abs. 3 ist daher auch bei einem zwangsweisen Aufenthalt im Ausland anzuwenden (zu vgl. Hahn a. a. O. Anm. 9a zu § 214). Im übrigen gibt der Begriff des Auslands im Sinne des § 214 Abs. 3 zu Zweifeln keinen Anlaß. Vom Ausland ist auch in anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung die Rede, z. B. in den bereits bezeichneten §§ 216 Abs. 1 Nr. 2; 615 Abs. 1 Nr. 3; 1313 Nr. 1. (Zu vgl. auch § 615 Abs. 1 Nr. 2.) Für die Fälle des § 615 Abs. 1 Nr. 2 und 3 und des § 1313 Nr. 1 ist bestimmt, daß deutsche Schutzgebiete als Inland gelten (zu vgl. § 615 Abs. 4, § 1315 a. a. O.). Das ist für § 214 Abs. 3 nicht vorgeschrieben. Hiernach ist unter Ausland im Sinne dieser Vorschrift, unbeschadet der für Kriegsschiffe usw. geltenden Grundsätze, entsprechend dem allgemeinen Sprachgebrauch, jedes Gebiet außerhalb des Deutschen Reichs zu verstehen. Dies gilt auch, soweit im gegenwärtigen Kriege feindliches Ausland von deutschen Truppen besetzt worden ist. Die besetzten Gebiete sind dadurch noch nicht Bestandteile des Deutschen Reichs geworden und können ihnen rechtlich auch nicht ohne weiteres gleichgestellt werden. Ebensowenig darf ein Kriegsteilnehmer, der im Ausland unter den Fahnen steht, für seine sämtlichen Ansprüche aus der Reichsversicherungsordnung als im Inland befindlich gelten (zu vgl. hierzu Arndt in der Zeitschrift „Das Recht" 1915 Sp. 236). Eine dahingehende Vorschrift ist, wie bemerkt, nur in § 1 des Gesetzes über Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung getroffen. Sie ist als Ausnahmevorschrift eng auszulegen und darf nicht erweitert auf Fälle der vorliegenden Art angewendet werden. Das Gleiche gilt von anderen Vorschriften, wonach Militärpersonen, die sich dienstlich im Auslande aufhalten, so behandelt werden, als ob sie im Inland weilten (zu vgl. namentlich § 7 des Militärstrafgesetzbuches, § 44 des Reichsmilitärgesetzes, § 9 Abs. 1 Satz 2 BGB.). Aus diesen Vorschriften kann mithin nicht gefolgert werden, daß Kriegsteilnehmer im Ausland rechtlich als im Inland befindlich anzusehen sind (so Koehne, Zentralblatt der Reichsversicherung 1915 S. 393). Allerdings treffen die dem § 214 Abs. 3 zugrunde liegenden Erwägungen für Kriegsteilnehmer nicht durchweg zu. In der Begründung zu § 28 Abs. 2 Kr.-Vers.Ges., dem § 214 Abs. 3 RVO. entspricht, ist bemerkt (zu vgl. S. 51 der Begr. zur Novelle vom 10. April 1892 zum Kr.Vers.Ges.): „Für Personen, welche zur Zeit des Eintritts des Unterstützungsanspruchs das Gebiet des Deutschen Reichs bereits verlassen haben, den Unterstützungsanspruch noch aufrecht zu erhalten, liegt kein Grund vor, zumal den Kassen dadurch leicht lästige Weiterungen entstehen können." Bei den hier in Rede stehenden Fällen wird es sich aber, abgesehen vom Sterbegeld, regelmäßig nur um Krankengeld handeln, das den Kriegsteilnehmern unschwer durch Vermittlung der Feldpost oder sonstiger Behörden übersandt werden kann. Die in § 214 Abs. 3 RVO. der Kassensatzung eingeräumte Befugnis, von der Vorschrift abweichendes zu bestimmen, soll nach dem Bericht der Reichstagskommission zur Novelle vom 10. April 1892 den Verhältnissen in den Grenzbezirken des Deutschen Reichs Rechnung tragen. Es wird ausgeführt, daß die jenseits der Grenze wohnenden Arbeiter in jeder Beziehung den Angehörigen des Deutschen Reichs gleichständen und daß es deshalb hart wäre, sie von einer Wohltat auszuschließen, die ihren Mitarbeitern zuteil werde (zu vgl. S. 24, 26 des Komm.Ber.). Hiernach liegt die Annahme nahe, daß der Gesetzgeber bei Erlaß des § 28 Abs. 2 Kr.Vers.Ges. (§ 214 Abs. 3 RVO.) an Fälle der vorliegenden Art nicht gedacht hat. Die Wortfassung des § 214 Abs. 3 ist aber so allgemein, daß er auch auf diese Fälle bezogen werden muß. Hier gilt entsprechendes, wie für § 214 Abs. 1. War diese Vorschrift nach ihrem Wortlaut nicht einschränkend zu ungunsten der Kriegsteilnehmer auszulegen, so ist auch eine einschränkende Auslegung des § 214 Abs. 3 zu ihren Gunsten nicht möglich. Soweit die Satzung einer Krankenkasse nichts anderes bestimmt, ist demnach § 214 nicht anzuwenden, wenn ein Kriegsteilnehmer außerhalb der Grenzen des Deutschen Reichs erkrankt, verwundet oder gefallen ist (so auch Hahn, Arb.-Vers. 1915 S. 145). Das führt freilich zu einer Verschiedenheit in der Behandlung der Kriegsteilnehmer und ihrer Hinterbliebenen, je nachdem der Versicherungsfall diesseits oder jenseits der Grenze des Deutschen Reichs eingetreten ist. In jenem Falle sind die Ansprüche nach § 214 stets begründet, im letzteren dagegen nur, wenn die Kassensatzung eine von der Vorschrift des § 214 Abs. 3 abweichende Bestimmung getroffen hat. Dieses Ergebnis mag unerwünscht

sein. Bei dem unzweideutigen Wortlaut des § 214 Abs. 3 kann aber nicht die Rechtsprechung, sondern nur die Gesetzgebung hier einen Ausgleich schaffen.

In der Satzung der beklagten Kasse ist eine Ausnahme von der Vorschrift des § 214 Abs. 3 nicht enthalten. Es heißt vielmehr in § 34 der Satzung, der dem § 214 RVO. entspricht, ausdrücklich, daß der Anspruch wegfällt, wenn der Erwerbslose sich im Ausland aufhält. Der Kläger hat hiernach keinen Anspruch auf Krankengeld. Die Revision war somit, wenn auch aus anderen als den vom Oberversicherungsamt angeführten Gründen, zurückzuweisen. Von seiner Prüfung der Frage, ob das Verfahren vor dem Versicherungsamt, wie das Oberversicherungsamt angenommen hat, an einem wesentlichen Mangel leide, konnte unter diesen Umständen abgesehen werden.

Kinderfräulein als Dienstbote.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 30. Oktober 1915 (2135 Amtl. Nachr. 1915 S. 815.

Wie der Senat in der Entscheidung 1920 (Amtl. Nachr. 1914 S. 770) ausgesprochen hat, bestimmt sich der Begriff des Dienstboten im Sinne der Reichsversicherungsordnung nach dem Landesrechte (zu vergl. auch Entsch. 1977 und 2056, Amtl. Nachr. 1915 S. 381 und 594). Da die Z. in B. beschäftigt war, ist die Preußische Gesindeordnung vom 8. November 1810 anzuwenden. Nach ihr gehören zu den Dienstboten Personen, die in die Hausgemeinschaft des Arbeitgebers aufgenommen sind und häusliche oder wirtschaftliche Dienste niederer Art zu verrichten haben (zu vergl. Jacobi, Die Preußische Gesindeordnung 2. Aufl. Anm. 3 und 4 zu § 1; Gerhard, Die Preußischen Gesindeordnungen 1. Bd. 2. Aufl. Anm. 1 zu § 1 der Gesindeordnung vom 8. November 1810). Nicht selten werden einem Dienstboten auch Leistungen höherer Art übertragen, wie die Aufsicht über das andere Gesinde bei Abwesenheit der Herrschaft und anderes. Dadurch verliert aber der Dienstbote nicht notwendig die Eigenschaft eines solchen, es kommt vielmehr auf den Schwerpunkt seiner Beschäftigung an. Ein Kinderfräulein, das, wie vorliegend, in die Hausgemeinschaft des Arbeitgebers aufgenommen war, gehört daher zu den Dienstboten, wenn niedere Dienste den Schwerpunkt seiner Tätigkeit bilden (zu vergl. Lindenberg, Das Preußische Gesinderecht Anm. 1e zu § 1). Ob diese Voraussetzung zutrifft, kann nur nach Lage des Einzelfalls festgestellt werden. Vorliegend ist sie erfüllt. Die Z. stammt als Tochter eines Handwerksmeisters aus einfachen Kreisen, hat nur die Volksschule besucht und eine besondere Ausbildung nicht genossen. Dementsprechend hatte sie bei F. nur Dienste zu leisten, die keine besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten beanspruchen. Sie mußte die Kinder pflegen und beaufsichtigen, mit ihnen spazierengehen und ihre Spiele leiten. Sie hatte die Mahlzeiten der Kinder (außer dem Mittagessen zu bereiten, die Kleider und Stiefel der Kinder zu reinigen, auch kleinere Stücke der Kinderkleidung, wie Handschuhe, Strümpfe usw. zu waschen. Ferner mußte sie die Kinderzimmer aufräumen und reinigen, dabei auch die Fußböden aufwischen und die Fenster putzen. Nur die Teppiche wurden von dem Hausmädchen geklopft. Außerdem wurde sie, wenngleich nur ausnahmsweise, zu anderen niederen Diensten herangezogen. So hat sie bei großer Wäsche geholfen und bei einer Kaffeegesellschaft der Frau F. mitbedient. Leistungen höherer Art, welche die Z. als Angestellte erscheinen lassen könnten, lagen ihr nicht ob. Als solche ist auch die Beaufsichtigung der Schularbeiten der jüngeren Tochter nicht anzusehen. Diese Tätigkeit setzte nur die einfachsten Kenntnisse voraus, da die Schularbeiten lediglich die Anfangsgründe im Lesen, Schreiben und Rechnen betrafen. Zur Aufsicht über die anderen Dienstboten, eine Köchin und ein Hausmädchen, war die Z. nach eigener Angabe nicht befugt. Auf den vom Versicherungsamte hervorgehobenen Umstand, daß sie in dem F.schen Hause mit „Fräulein" angeredet wurde, kann kein Gewicht gelegt werden. Eine solche Anrede wird Personen in ihrer Stellung oft zuteil, damit sie den Kindern gegenüber das Ansehen genießen, das zur ordnungsmäßigen Ausübung der Aufsicht erforderlich ist. Unerheblich ist auch, daß die Z. das Mittagessen zusammen mit ihrer Herrschaft einnahm. Dies war nach Angabe des Arbeitgebers geboten, weil die Kinder gleichfalls an der Mahlzeit teilnahmen und die Z., soweit erforderlich, sie auch bei Tische zu beaufsichtigen hatte. Die Vergütung von 20 M. monatlich nebst freiem Unterhalte ging, wie das Oberversicherungsamt in seiner gutachtlichen Aeußerung zutreffend bemerkt, nicht über den Lohn eines besseren Dienstboten hinaus, mochte sie auch mit Rücksicht auf die gegenwärtige Kriegszeit verhältnismäßig niedrig bemessen sein. Hiernach kann nur ein Dienstbotenverhältnis im Sinne der Preußischen Gesindeordnung angenommen werden. Mit Unrecht beruft sich das Versicherungsamt auf eine Entscheidung des Rentenausschusses Berlin der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte vom 10. November 1913, in der ein Kinderfräulein zu den Angestellten gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gerechnet worden ist (zu vergl. Die Angestelltenversicherung 1914 S. 105). Dort handelte es sich um ein

junges Mädchen aus besserer Familie, das die höhere Töchterschule besucht hatte, den Dienstboten Anweisungen erteilen durfte und die Hausfrau bei kürzerer Abwesenheit in der Leitung des Haushalts vertrat. Der Sachverhalt war somit anders als vorliegend.

Gewährung von Zahnplomben. — Abänderung einer Satzung durch das Oberversicherungsamt.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 30. Oktober 1915 (2134 Amtl. Nachr. 1915 S. 814).

Eine Ortskrankenkasse hatte dem Oberversicherungsamt einen Satzungsnachtrag eingereicht, in dem folgende Aenderungen von Bestimmungen der Satzung vorgesehen waren:

1. „Künstliche Gebisse und Einzelzahnersatz werden nicht gewährt. Es bleibt dem Vorstand überlassen, innerhalb der Grenzen des § 19 Abs. 1 einen Zuschuß zu gewähren. Zahnplomben bezahlt die Kasse nur dann, wenn vorher der Vorstand die Zustimmung erteilt hat. Diese ist abhängig von einer ärztlichen Bescheinigung, daß das Plombieren zur Beseitigung einer Störung des Gesundheitszustandes und nicht bloß zur Abstellung eines Schönheitsfehlers erforderlich ist."

2. „Die Arbeitgeber empfangen als Ersatz sonstiger barer Auslagen eine Entschädigung von 5 M. für den halben und 7,50 M. für den ganzen Tag und für jede notwendig werdende Uebernachtung weitere 3 M.

3. „Der Ausschuß ist beschlußfähig, wenn die Vertreter vorschriftsmäßig berufen sind."

Das Oberversicherungsamt hat die Genehmigung zur Satzungsänderung unter 1 versagt, zu 2 die Genehmigung mit der Maßgabe erteilt, daß an Stelle der Entschädigungssätze von 5 M. und 7,50 Mark die Sätze von 3 M. und 5 M. treten, und die Aenderung zu 3 mit der Maßnahme genehmigt, daß die Bestimmung lautet: „Der Ausschuß ist beschlußfähig, wenn die Vertreter vorschriftsmäßig berufen und wenigstens sieben Vertreter erschienen sind."

Hiergegen hat die Allgemeine Ortskrankenkasse beim Reichsversicherungsamte Beschwerde erhoben. Dieses hat die Beschwerde zu 1 zurückgewiesen, zu 2 und 3 für begründet erachtet. Gründe:

Dem beabsichtigten Zusatz zu § 38 der Satzung hat das Oberversicherungsamt die Genehmigung mit Recht versagt. Zwar können die Ausführungen der Beschwerde zutreffen, daß das Verlangen der Kassenmitglieder nach Plomben nicht immer seinen Grund in krankhaften Erscheinungen der Zähne hat. Vielmehr mögen hin und wieder Plomben gewünscht werden, um Schönheitsfehler zu beseitigen. Deshalb erscheint aber die Ergänzung der Satzung noch nicht zulässig. Die Kasse will offenbar selbst nicht bestreiten, daß in anderen Fällen auch Plomben lediglich zur Beseitigung eines krankhaften Zustandes benötigt werden (zu vergl. Entsch. des Königl. Württemb. Verwaltungsgerichtshofs vom 15. November 1905, Arb.-Vers. 1906 S. 74 ff.; Entsch. des Königl. Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 12. Oktober 1907, Arb.-Vers. 1908 S. 76). Alsdann handelt es sich aber um ärztliche Hilfe. Als Heilmittel können solche Plomben um deswillen nicht angesehen werden, weil das Wesentliche beim Legen von Plomben die persönliche Tätigkeit der Aerzte ist, gegen welche das sächliche Mittel der Plomben zurücktritt (zu vergl. Hoffmann, Die Betriebskrankenkasse 1915 S. 206; Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl. Anm. 4 zu § 182 RVO.). Aerztliche Behandlung hat die Kasse ohne Einschränkung zu gewähren. Sie darf nicht von der Zustimmung des Kassenvorstandes abhängig gemacht werden. Dieser Auffassung widerspricht auch nicht der in der Beschwerde herangezogene Königlich Preußische Ministerialerlaß vom 14. April 1915 (Ministerialbl. der Handels- und Gewerbeverwaltung 1915 S. 109), da dort wohl nur an die Stellungnahme des Vorstandes zu der Gewährung von Plomben in Einzelfällen, nicht aber an eine allgemeine Regelung dieser Frage durch die Satzung gedacht ist. Hiernach war eine Satzungsänderung in dieser allgemeinen Form unzulässig. Unbedenklich würde dagegen eine Satzungsbestimmung sein, die nur die Gewährung solcher Plomben, die lediglich zur Behebung von Schönheitsfehlern dienen, von der vorherigen Zustimmung des Vorstandes abhängig macht. Zweifelhaft kann allerdings sein, ob eine solche Bestimmung allein den praktischen Bedürfnissen der Kasse genügend Rechnung tragen würde, oder ob nicht außerdem eine Einwirkung auf die mit der Kasse im Vertragsverhältnisse stehenden Aerzte, auch ihrerseits eine solche Bestimmung zu beachten, erforderlich sein würde. Endlich mag noch darauf hingewiesen werden, daß auch der erste Satz der bezeichneten Bestimmung nur insoweit unbedenklich ist, als der Zahnersatz, was im Einzelfalle zweifelhaft sein kann, zu den größeren und nicht zu den kleineren Heilmitteln zu rechnen ist.

Hinsichtlich der Entscheidung des Oberversicherungsamts zu den Satzungsänderungen 2 und 3 rügt der Vorstand der Kasse zunächst die Fassung der Formel. In beiden Fällen sind die Satzungsbestimmungen mit der Maßgabe genehmigt, daß sie die vom Oberversicherungsamte für notwendig erachtete Form erhalten. Dabei ist zunächst die Meinung des Oberversicherungsamts, daß die Entscheidung zu 2 nach § 324 Abs. 3 RVO. der Nachprüfung des Reichsversicherungsamts entzogen sei, unzutreffend. Denn es handelt sich vorliegend überhaupt nicht, wie das Oberversicherungsamt irrig annimmt, um die Festsetzung von Pauschbeträgen im Sinne des § 21 Abs. 3. Solche würden nach § 21 Abs. 2 nur für Zeitverlust, nicht aber auch für andere bare Auslagen zulässig sein. Vielmehr ist vorliegend als Ersatz der baren Auslagen die Gewährung von Tagegeldern

beabsichtigt (zu vergl. auch Entsch. 2077, Amtl. Nachr. 1915 S. 646). Der Beschwerde ist auch darin beizutreten, daß die Entscheidungsformel in der vorliegenden Fassung unzulässig ist. Grundsätzlich muß daran festgehalten werden, daß durch die Entscheidung des Oberversicherungsamts nach § 324 der Reichsversicherungsordnung lediglich die Genehmigung einer Satzungsbestimmung erteilt oder versagt werden darf. Damit erschöpft sich im allgemeinen die Mitwirkung des Oberversicherungsamts bei der Nachprüfung zu genehmigender Satzungsänderungen. Dagegen ist das Oberversicherungsamt nicht befugt, der Satzung eine bestimmte, ihm zweckmäßig erscheinende und von dem vorgelegten Entwurfe wesentlich abweichende Fassung zu geben. Ein solches Verfahren würde auch im allgemeinen nicht zu einer Vereinfachung beitragen, sondern nur zu unnötigen Weiterungen führen. Denn da die Grundlage für Satzungsänderungen, abgesehen von den Fällen des § 326 der Reichsversicherungsordnung, nur Beschlüsse des Ausschusses bilden können, so würde dieser nunmehr noch nachträglich im Sinne der Entscheidung des Oberversicherungsamts beschließen müssen. Sollte er aber hierzu nicht bereit sein, so würde für diesen Fall die Entscheidung des Oberversicherungsamts keine Bedeutung mehr haben. Der Nachtrag würde vielmehr als abgelehnt gelten und demgemäß die ursprüngliche Fassung in Kraft bleiben. Mit diesen Ausführungen steht auch nicht die Entscheidung 1795 (Amtl. Nachr. 1913 S. 837) im Widerspruch. Zunächst handelte es sich dort nur um eine Nebenbestimmung einer im übrigen einwandfreien vollständigen Kassensatzung, die baldiger Genehmigung bedurfte. Sodann aber war in jener Entscheidung nicht eine andere Fassung angeordnet, sondern lediglich zum Ausdruck gebracht, daß die für unzulässig erachtete Bestimmung fortzufallen habe.

Die Entscheidung des Oberversicherungsamts zu den Satzungsänderungen 2 und 3 war daher aufzuheben. Zugleich war die Sache zur anderweiten Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen. Wegen der weiteren Behandlung der Sache wird hinsichtlich des Satzungsnachtrags zu 2 auf die Ausführungen in der vorstehend bezeichneten Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2077 am Ende verwiesen. Wegen der Satzungsänderung zu 3 wird bemerkt, daß die Kasse in der Beschwerdeschrift für den Fall der Ablehnung eine Satzungsbestimmung für notwendig erachtet hat, wonach im Falle der Beschlußunfähigkeit einer Ausschußsitzung erst eine zweite ordnungsmäßig berufene Ausschußsitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlußfähig sein soll. Sollte die Kasse eine solche Bestimmung zur Genehmigung vorlegen, so dürften ihr kaum Bedenken entgegenstehen.

Begriff des Arbeitstages; Bedeutung für den Anspruch auf Krankengeld.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 13. November 1915.

Nach § 182 Nr. 2 RVO. ist das Krankengeld für jeden Arbeitstag zu gewähren. Eine Begriffsbestimmung des Arbeitstages enthält die Reichsversicherungsordnung nicht. Die Begründung zu § 197 des Entwurfs (§ 182 des Gesetzes) bemerkt nur, daß hinsichtlich der Höhe und Dauer der gesetzlichen Krankenhilfe der Entwurf nichts gegenüber dem geltenden Rechte geändert hat. Nach § 6 Abs. 1 Ziff. 2 KVG. war das Krankengeld ebenfalls für jeden Arbeitstag zu zahlen. Auch das Krankenversicherungsgesetz enthielt keine Erläuterung des Begriffes „Arbeitstag". Aus dem Kommissionsberichte zur Novelle vom Jahre 1892 ist indessen zu entnehmen, daß das Wort „Arbeitstag" nicht gleichbedeutend ist mit Werktag in dem Sinne, daß Sonn- und Festtage nicht als Arbeitstage gelten können. Bei der Beratung zu § 21 des Entwurfs machte ein Mitglied der Kommission geltend, viele Arbeiter müßten Sonntags arbeiten, es sei unbillig, diesen an Sonntagen das Krankengeld vorzuenthalten. Von einem Regierungsvertreter wurde darauf bemerkt, diese Fälle seien ausgeschlossen; arbeite der Arbeiter am Sonntag, so sei dieser Tag als Arbeitstag zu betrachten, der Arbeiter müsse für diesen Tag Beiträge zahlen, habe aber auch nach § 6 Ziff. 2 Anspruch auf Krankengeld (Kom.Ber. 1892 S. 10). Diese Ausführungen, aus denen zu entnehmen ist, daß nach der Absicht des Gesetzgebers das Wort Arbeitstag nicht gleichbedeutend mit „Werktag" ist, hat sich die Rechtsprechung ständig zu eigen gemacht. Wie in der grundlegenden Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 24. September 1894 (Arb.-Vers. 1895 S. 73) ausgeführt wird, kommt es einmal nicht lediglich auf die individuellen Verhältnisse des einzelnen an, ob ein Tag für ihn als Arbeitstag zu gelten habe oder nicht. Anderseits sind auch nicht etwa alle die Tage als Arbeitstage anzusehen, an denen allgemein gearbeitet wird, also alle Werktage. Vielmehr hält der Begriff „Arbeitstag" gewissermaßen die Mitte zwischen der rein individuellen Auffassung und der ganz allgemeinen Regel. Als Arbeitstag im Sinne des § 6 des Krankenversicherungsgesetzes ist danach ein solcher Tag zu verstehen, an dem der Erkrankte nach der allgemeinen Regel des Gewerbes, des Betriebes, überhaupt der Art seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung gearbeitet haben würde. An dieser auch in der Literatur allgemein anerkannten Auslegung hat auch die spätere Rechtsprechung grundsätzlich festgehalten (zu vergl. Preuß. OVG. in Arb.-Vers. 1903 S. 513, 1907 S. 772, 1910 S. 594 ff., Bayerischer Verwaltungsgerichtshof in Arb.-Vers. 1900 S. 519,

Reger Bd. 21 S. 409). Diese Auslegung des Begriffes „Arbeitstag“ ist aber nicht nur für die Frage, unter welchen Voraussetzungen Sonn- und Festtage als Arbeitstage anzusehen sind — damit beschäftigen sich die oben angezogenen Entscheidungen —, sondern auch für die vorliegend in Betracht kommende Frage, wann Werktage ausnahmsweise nicht als Arbeitstage zu gelten haben, maßgebend. Denn wie für gewisse Mitglieder der Kasse der Sonntag ein Arbeitstag ist, gibt es auch umgekehrt Versicherte, für die einzelne Werktage keine Arbeitstage sind, und die demgemäß für diese Tage keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Das ist aber nicht in dem Sinne zu verstehen, daß die Versicherung nur an den Tagen besteht, an denen tatsächlich gearbeitet wird. Vielmehr besteht die Verpflichtung der Krankenkasse zur Gewährung der vollen satzungsmäßigen Leistungen, wenn der Arbeitsvertrag trotz der Unterbrechung der Arbeit fortbesteht und der Arbeiter auch in der Arbeitspause und nach deren Ablauf zur Verfügung des Arbeitgebers steht. Demgemäß besteht das Recht auf Krankengeld weiter, wenn an einzelnen nicht vorher bestimmten Tagen, zum Beispiel infolge Beurlaubung oder eines Betriebshindernisses, die tatsächliche Arbeitsleistung ausfällt. Dagegen fällt das Recht auf Fortbezug des Krankengeldes weg für diejenigen Personen, die nach der Ordnung des Betriebes oder der Art des Beschäftigungsverhältnisses nur an bestimmten Tagen der Woche arbeiten. Für diese Personen sind nur die festgesetzten Tage Arbeitstage im Sinne des § 182 Nr. 2 RVO. und nur für diese Tage besteht demgemäß im Falle der durch Krankheit herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (zu vergl. Hahn in Arb.-Vers. 1908 S. 361, insbesondere S. 363 unter 4, Handb. der Kr.Vers. 1915 Anm. 7b zu § 182 RVO.; Hoffmann, Kommentar zur RVO. Anm. 10 zu § 182 sowie Anm. 23a zu § 165, Olshausen-Laß, Anm. 9 zu § 182, Petersen, Anm. 12e ebenda). Dabei ist die Frage, welche Tage als Arbeitstage in Betracht kommen, nicht nur allgemein nach Betriebsarten oder nach der Regel des einzelnen Betriebes oder Gewerbes (zu vergl. Preuß. OVG. bei Reger, Erg.Bd. 4 S. 254) sondern gegebenenfalls auch nach der besonderen Natur des einzelnen Arbeitsverhältnisses zu beurteilen (zu vergl. die von Hahn in dem bereits angeführten Aufsatz in der Arbeiter-Versorgung 1908 S. 363 unter 4 angeführten Beispiele, ferner Entscheidung des Landgerichts Darmstadt vom 7. Februar 1911 in der Volkstüml. Zeitschr. für prakt. Arbeiterversicherung 1911 S. 121; Auskunft der Schriftleitung der Arbeiter-Versorgung 1914 S. 224 unter 5b; abweichend, ohne nähere Begründung, Bayerischer Verwaltungsgerichtshof bei Reger Bd. 31 S. 509).

Vorliegend handelt es sich um ein einheitliches, die Arbeitspausen überdauerndes Beschäftigungsverhältnis. Demgemäß war die Klägerin auch während der Zeit, in der sie keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung nachging, versichert und hatte somit jedenfalls ärztliche Behandlung, Arznei und Heilmittel auch für die arbeitsfreien Tage zu beanspruchen. Die Höhe ihres Krankengeldanspruchs hängt dagegen davon ab, an wieviel Tagen sie nach der Art ihrer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung tätig gewesen ist oder hätte tätig sein können. Nach der bei Abschluß des Arbeitsvertrages getroffenen Vereinbarung hatte sie lediglich die ersten drei Wochentage im Betriebe des Gastwirts G. zu arbeiten. Sie ist auch während der mehr als einjährigen Dauer des Arbeitsvertrags vor ihrer Erkrankung regelmäßig nur an diesen drei Tagen für G. tätig geworden. Hiernach rechtfertigt sich die Feststellung, daß sie nach der Natur ihres Beschäftigungsverhältnisses dem Arbeitgeber nur an je drei Tagen der Woche zur Verfügung zu stehen hatte. An den anderen Tagen der Woche hat sie ihren Haushalt besorgt und ist irgendwelcher anderen versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht nachgegangen. Demgemäß kommen für die Klägerin auch nur die drei ersten Wochentage als Arbeitstage in Betracht und sie hat nur für diese Tage Anspruch auf Krankengeld.

Die vom Vertreter der Klägerin im Termin aufgeworfene Frage, wie sich die Sachlage gestalten würde, wenn die Klägerin an den arbeitsfreien Tagen ebenfalls versicherungspflichtig tätig gewesen wäre, kann hier dahingestellt bleiben, jedenfalls würden alsdann der geänderten Sachlage entsprechend auch anderweite Erwägungen zu berücksichtigen sein (zu vergl. auch § 309 RVO.).

Der Begriff des Arbeitstags ist aber, wie im bisherigen Recht, so auch in der Reichsversicherungsordnung, nicht nur für den zeitlichen Umfang des Krankengeldanspruchs, sondern auch für die Höhe des täglichen Krankengeldes, mit anderen Worten für die Zuteilung der Lohnstufe von wesentlicher Bedeutung. Das Krankengeld beträgt regelmäßig nach § 182 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung die Hälfte, bei der Beklagten nach § 11 Nr. 1b ihrer Satzung Dreiviertel des Grundlohns. Als Grundlohn gilt nach § 10 der Satzung der Beklagten der nach der verschiedenen Lohnhöhe stufenweise festgesetzte durchschnittliche Tagesentgelt der Kassenmitglieder bis 5 M. für den Arbeitstag (§ 180 Abs. 2 RVO.). Da der Verdienst der Klägerin für jeden Arbeitstag der gleiche ist, so ergibt sich für sie schon hieraus die Zugehörigkeit zur Lohnstufe, ohne daß es der in § 10 Abs. 3 der Satzung der Beklagten vorgesehenen Durchschnittsberechnung bedarf (zu vergl. Entsch. 1787 Amtl. Nachr. 1913 S. 827). Die Klägerin

ist, da sie 3 M. arbeitstäglich verdient hat, sonach mit Recht von der Beklagten der vierten Stufe zugewiesen worden, der Mitglieder mit einem täglichen Arbeitsverdienst von 2 M. 51 Pf. bis einschließlich 3 M. angehören.

Schließlich kommt nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (zu vergl. Entsch. 1877, Amtl. Nachr. 1913 S. 829) dem Begriff des Arbeitstages auch erhebliche Bedeutung bei für die Berechnung der Beiträge. Das Reichsversicherungsamt hat insoweit den Grundsatz vertreten, daß Beiträge nur für Arbeitstage erhoben werden dürfen. Der erkennende Senat ist, wie ausdrücklich hervorgehoben sei, auch seinerseits bei der vorliegenden Entscheidung von diesem Grundsatz der Entscheidung 1788 ausgegangen. Eines näheren Eingehens auf diese, von Hahn in der Arbeiter-Versorgung 1914 S. 153 bekämpfte Stellungnahme des Reichsversicherungsamts bedarf es in dieser Entscheidung nicht, da ein Anspruch auf Rückzahlung von etwa zuviel gezahlten Beiträgen nicht in Frage steht, über einen solchen im übrigen auch nicht im Spruch-, sondern im Beschlußverfahren zu entscheiden sein würde (§ 405 Abs. 2 RVO.).

C. Zur Unfallversicherung.

Unfall beim Baden als Betriebsunfall?

Rek.Entsch. des Reichsversicherungsamts (18. Rek.Sen.) vom 11. Dezember 1915 (R. VII 2/15).

Unfälle, von denen Arbeiter beim Baden betroffen werden, können als Betriebsunfälle unter der Voraussetzung anerkannt werden, daß sich die Notwendigkeit der körperlichen Reinigung aus der Natur des Betriebs ergab und daß die Reinigung in örtlichem und zeitlichem Zusammenhang mit dem Betrieb unter Benutzung einer Betriebseinrichtung erfolgte. Zu diesen Voraussetzungen tritt aber die weitere, daß die Reinigung in angemessener Weise erfolgt. Der Arbeiter, der ein von vornherein mit besonderer Gefahr verbundenes Vollbad nimmt, wo eine teilweise Körperreinigung von Betriebsschmutz genügt hätte, tritt aus dem versicherten Betriebe heraus. Dieser Fall ist hier gegeben, wo ein zum Betriebe gehöriges Kondensationsbassin von B. und seinen Arbeitskameraden zum Baden benutzt worden ist. Daß die Benutzung eines solchen Bassins den Beteiligten als gefährlich erscheinen mußte, kann keinem Zweifel unterliegen. Der Zeuge P. hat seine Mitarbeiter noch ausdrücklich vor der tieferen Stelle des Bassins gewarnt und geraten, sich nur an der Stelle des Bassins abzuspülen, wo sie in dieses hinuntergestiegen waren; er hat B. und die beiden anderen von neuem gewarnt, als sie plötzlich in dem Bassin — das ungefähr 15 Meter lang ist — zu schwimmen anfingen. Wenn also wirklich, wie die Kläger behaupten, eine Reinigung zu jener Zeit unbedingt erforderlich gewesen wäre — nach Angabe des Zeugen P. war der Zweck des Badens nur auf Abkühlung gerichtet —, so wäre doch die Art der Reinigung weit über das gebotene Maß hinausgegangen. Daß den Arbeitern zur Nachtzeit eine andere Reinigungsmöglichkeit nicht zur Verfügung gestanden hätte, ist von vornherein unglaubhaft; diese Behauptung der Kläger ist aber auch durch die Beweisaufnahme als widerlegt zu erachten.

Da B. mithin bei einer eigenwirtschaftlichen Tätigkeit verunglückt ist, konnte das Vorliegen eines Betriebsunfalls nicht anerkannt, es mußte vielmehr dem Rekurse der Erfolg versagt werden.

Rekurs wegen einer Rente für vorübergegangene Erwerbsunfähigkeit (§ 1700 Ziff. 2 RVO).

Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 5. Oktober 1915 (2841 Amtl. Nachr. 1915 S. 808).

Bei dem Rekurse der Berufsgenossenschaft handelt es sich um eine Erwerbsunfähigkeit, die bereits vorübergegangen ist. Es war daher zunächst zu prüfen, ob der Rekurs etwa nach § 1700 Nr. 2 RVO. unzulässig ist. Nach dieser Vorschrift ist der Rekurs ausgeschlossen, wenn es sich um Renten für eine Erwerbsunfähigkeit handelt, die zur Zeit der Entscheidung des Rekursgerichts unstreitig oder nach rechtskräftiger Feststellung vorübergegangen ist. Die Anwendung dieser Vorschrift hätte zur Folge, daß die Entscheidung darüber, ob ein Betriebsunfall vorliegt, hier vom Oberversicherungsamt endgültig getroffen wird, und zwar auch für den Fall des Eintritts einer Verschlimmerung der Unfallfolgen (§ 608 RVO.). Dies entspräche der Absicht des Gesetzgebers nicht. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Rekursentscheidung 2789 (Amtl. Nachr. 1915 S. 403) unter Würdigung der Entstehungsgeschichte des § 1700 RVO. ausgesprochen hat, ist der Rechtsmittelzug in Unfallversicherungssachen durch den § 1700 lediglich aus dem Grunde beschränkt worden, um das Reichsversicherungsamt von der Entscheidung in Streitfragen von mehr oder weniger untergeordneter Bedeutung zu entlasten. Sie sollte aber nicht so weit gehen, das Reichsversicherungsamt auch von der Entscheidung

wichtigerer Streitfragen auszuschließen. Das Reichsversicherungsamt hat dementsprechend in der erwähnten Entscheidung für die Nr. 7 des § 1700, die den Ausschluß des Rekurses bei vorläufigen Renten vorschreibt, dahin erkannt, daß dieser Ausschluß nur dann gegeben sei, wenn der Rentenanspruch an sich unstreitig sei. In einer weiteren Rekursentscheidung vom 24. Februar 1915 (I a 11191/13) hat das Reichsversicherungsamt dieselbe Voraussetzung auch für die Nr. 3 des § 1700 aufgestellt, wo es sich um den Ausschluß des Rekurses bei Rententeilen handelt, die bei noch andauernder Erwerbsunfähigkeit für begrenzte und bereits abgelaufene Zeiträume zu gewähren sind. Auch hier soll, wenn das Bestehen des Rentenanspruchs überhaupt streitig ist, der Rekurs stets zulässig sein; ob dies auch dann gilt, wenn der Unfallverletzte gestorben ist und sein Anspruch von den im § 614 RVO. bezeichneten Bezugsberechtigten geltend gemacht wird, also auch im Falle endgültiger Erledigung des Anspruchs des Verletzten, kann hier dahingestellt bleiben. Der erkennende Senat trägt kein Bedenken, auch für die Nr. 2 des § 1700 denselben Standpunkt einzunehmen; auch in diesen Fällen muß die letzte Entscheidung über das Sein oder Nichtsein des Rentenanspruchs selbst stets dem Reichsversicherungsamte vorbehalten bleiben.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Anfechtung eines Kassenarztvertrages wegen Irrtums über die körperliche Beschaffenheit des Arztes.

Urteil des Reichsgerichts, 3. Zivilsenat, vom 3. Dezember 1915.

Am 9. Juli 1913 schlossen die Streitteile einen Vertrag, durch den der Kläger als Kassenarzt der Beklagten (Allgemeine Ortskrankenkasse) auf zehn Jahre vom 1. Januar 1914 ab angestellt wurde. Er übernahm die Tätigkeit, legte sie aber nach etwa drei Monaten auf Verlangen der Beklagten nieder. Am 27. Juli 1914 erhielt er ein Schreiben der Beklagten, worin sie den Vertrag wegen Irrtums anfocht und dem Kläger fristlos kündigte. Sie machte demnächst geltend, der Vertrag sei unverbindlich, weil er von der Aufsichtsbehörde nicht genehmigt sei, und bezeichnete als Anfechtungsgrund und als wichtigen Grund zur Kündigung den Umstand, daß der Kläger im Gebrauche des rechten Armes und der rechten Hand behindert, deshalb ungeeeignet sei, die kassenärztliche Tätigkeit wahrzunehmen. Sie habe sich beim Vertragsschluß im Irrtum über seine körperlichen Eigenschaften befunden. Von der höchsten Verwaltungsbehörde sei der Kläger als ungeeignet befunden, und es sei ihr aufgegeben worden, deshalb den Vertrag anzufechten und die Kündigung vorzunehmen. Der Kläger erhob Klage auf Feststellung, daß der Vertrag gültig und die Kündigung unwirksam sei. Das Landgericht gab dieser Klage statt, das Oberlandesgericht wies die Berufung zurück. Auch die Revision wurde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Für die Befugnis des Vorstandes der beklagten Ortskrankenkasse zum Abschluß des Vertrages mit dem Kläger maßgebend sind die §§ 23 und 35 KVG. vom 15. Juni 1883 in der Fassung des Gesetzes vom 10. April 1892. Nach § 23 soll das zu errichtende Kassenstatut Bestimmung treffen über den Umfang der Befugnisse des Vorstandes, der § 35 regelt die Vertretungsmacht des Vorstandes, ohne ihn für den Abschluß von Verträgen an das Erfordernis einer Genehmigung einer Aufsichtsbehörde zu binden. Dem § 23 des Gesetzes gemäß trifft das bis 1. Januar 1914 in Geltung gewesene Statut der Beklagten Bestimmungen über dem Umfang der Vorstandsbefugnisse, und zwar im § 46 Abs. 2 Nr. 3 dahin, daß die Verträge mit den Aerzten der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen. Auf Grund der Ermächtigung des Gesetzes konnte die Satzung hinsichtlich der Vertretungsmacht des Vorstandes auch Bestimmungen treffen, die lediglich das innere Verhältnis zwischen Aufsichtsbehörde und Kasse regeln sollen. Daß dies zutrifft bei der Bestimmung im § 46, nimmt das Berufungsgericht an. Die Satzungen der Ortskrankenkasse als einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft sind eine Norm des objekten Rechts. Das Reichsgericht hat in zahlreichen Entscheidungen den Satzungen öffentlich-rechtlicher, auf gesetzlicher Grundlage beruhender Körperschaften diese Eigenschaft zugesprochen. (Vgl. RG. Bd. 78 S. 19 und III 528/1912 — Krankenkassen v e r b a n d —, III 383/1912 — öffentliche Pensionsanstalt —, III 461/1912 — Landwirtschaftskammer —, III 438/1912 — Landschaftliche Bank —, III 56/1913 — Provinzialfeuersozietät —). Bei dem beschränkten Geltungsgebiet der Satzung der beklagten Kasse kann auf eine Verletzung der Satzung durch unrichtige Anwendung und Auslegung die Revision nicht gestützt werden. Steht aber unangreifbar fest, daß der etwaige Mangel der Genehmigung des Vertrages durch die Aufsichtsbehörde ohne Bedeutung für dessen Gültigkeit und Rechtswirksamkeit ist, so braucht weder darauf eingegangen zu werden, ob etwa der Vorstand unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung und der neuen Satzungen den Vertrag genehmigen oder bestätigen konnte und genehmigt oder bestätigt hat, noch darauf, ob eine die Gültigkeit des Vertrages von der Genehmigung der Aufsichtsbehörde abhängig machende Satzungsbestimmung nach dem Gesetze überhaupt zulässig gewesen sein würde.

Das Berufungsgericht verneint die Anfechtbarkeit des Vertrages wegen Irrtums aus § 119 BGB. mit dreifacher Begründung. Es führt aus, die Beklagte habe sich nicht über Eigenschaften des Klägers geirrt, habe vielmehr den Umfang der Behinderung seines rechten Armes beim Vertragsschlusse gekannt. Ihr etwaiger Irrtum habe sich höchstens auf die Folgen der Armlähmung bezogen, überdies beständen die von ihr angenommenen Folgen gar nicht, der Kläger sei völlig imstande gewesen, den ihm obliegenden Pflichten zu genügen. Die Anfechtung sei nicht unverzüglich erfolgt. Die letzte Begründung schlägt schon durch, sie ist unbedenklich und auch von der Revision nicht angegriffen. Aber auch die oberlandesgerichtliche Kennzeichnung des angeblichen Irrtums ist nicht zu beanstanden. Diese Begründung wird durch die Feststellung getragen, daß eine Beeinträchtigung der Vertragsleistungen des Klägers durch den Zustand seines Armes nicht stattgefunden hat, eine Feststellung, die im Wege der Beweiswürdigung auf Grund der von der Beklagten nicht bestrittenen Zeugnisse der anderen Krankenkassen getroffen ist.

Das Berufungsgericht hat die körperliche Beschaffenheit des Klägers und den in den Rechtszügen näher dargelegten Beschwerdefall nicht als wichtige Gründe im Sinne des § 626 BGB. gelten lassen. Diese Auffassung bindet nach der Rechtsprechung des erkennenden Senates das Revisionsgericht.

Der Anweisung der Aufsichtsbehörde hat das Oberlandesgericht aus grundsätzlichen Erwägungen allgemein die Eigenschaft eines wichtigen Grundes zur Lösung des bürgerlich-rechtlichen Vertrages der Streitteile, die Fähigkeit und den Willen abgesprochen, die Vermögensrechte des Klägers aus dem Vertrage zu berühren. Diesen Ausführungen ist beizupflichten.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Erhebung der Kassenbeiträge im Postscheck- oder Bankverkehr.

Der preußische Handelsminister hatte schon durch Erlaß vom 26. März 1914 (Arb.-Vers. 1914 S. 306) die Krankenkassen aufgefordert, die Zahlung der Krankenkassenbeiträge im Wege des Postscheckverkehrs oder durch Banküberweisung statt der üblichen Abholung der Beiträge in die Wege zu leiten, weil dies den im öffentlichen Interesse liegenden Bestrebungen zur Einschränkung des Bargeldverkehrs dient. Hierauf hat die Allgemeine Ortskrankenkasse für Berlin-Lichterfelde jetzt in einem Rundschreiben an die Arbeitgeber hingewiesen und bemerkt:

Zu den von dem Herrn Minister für Handel und Gewerbe betonten Gründen kommt noch besonders hinzu, daß infolge des jetzigen Kriegszustandes die Zahl der Angestellten mangels geeigneter Arbeitskräfte bedeutend eingeschränkt werden muß. Der Kassenvorstand ist auf Grund dieser Sachlage daher nicht mehr in der Lage, weiterhin die fälligen Beiträge bei den Arbeitgebern und Dienstherrschaften durch Kassenboten abholen zu lassen. Eine Verpflichtung hierzu hat übrigens nicht bestanden (§ 50 Abs. 2 der Kassensatzung). Vom 1. Januar 1916 an werden die Beiträge nicht mehr durch Kassenboten eingezogen, sondern es wird jedem Arbeitgeber und jeder Dienstherrschaft jeden Monat eine Rechnung über die fälligen Beiträge mit einer Postscheck-Zahlkarte zugehen. Ein längerer Zahlungstermin (1/4 Jahr usw.) kann nicht mehr eingeräumt werden, da dieses § 393 RVO. ausdrücklich verbietet. Nach Zustellung der Rechnung sind die Beiträge binnen sieben Tagen bei den Postämtern einzuzahlen. Ferner können die Beiträge im Wege der Banküberweisung (Bankkonten siehe oben), sowie direkt an der Kasse in der Zeit von 8—1 Uhr vormittag gezahlt werden. Eine direkte Anforderung der Beiträge seitens der Kasse bei den Banken ist aus praktischen Gründen nicht mehr möglich. Für Uebersendung der Rechnungen muß das Porto erstattet werden, welches dem Rechnungsbetrag zugeschrieben wird. Auch sind bei Ueberweisung durch Postscheck die Gebühren zu bezahlen, welche auf der Zahlkarte ebenfalls zugeschrieben sind. Wird nach Ablauf der siebentägigen Frist Zahlung nicht geleistet, dann erfolgt Mahnung und im Anschluß daran die Einleitung der Zwangsbeitreibung. . . .

Die Leistungen der Invalidenversicherung im Kriege.

Die Leistungen der Invalidenversicherung nehmen auch im Kriege zu. Nach dem jetzt vorliegenden Ergebnis des Monats Oktober 1915 haben die 31 Versicherungsanstalten an Zahlungen aus Invaliden-, Kranken-, Alters- und Zusatzrenten 15 354 013 M. gezahlt gegen 14 084 607 M. in demselben Monat des Vorjahres. Davon kommt der größte Teil wie immer auf Invalidenrenten mit 13 790 381 M., auf Altersrenten 1 068 227 Mark, auf Krankenrenten 495 113 M., auf Zusatzrenten 292 M. Von den einzelnen Versicherungsanstalten leisteten mehr als eine Million Mark die der Rheinprovinz mit 1 574 501 M., die des Königreichs Sachsen mit 1 413 184 M., die von Brandenburg mit 1 016 254 M. und die von Schlesien mit 1 130 340 M. An Hinterbliebene zahlten die Versicherungsanstalten in demselben Monat 1 562 136 M. Davon kommen auf Waisenrenten 1 098 867 M., auf Witwengeld 260 724 M., auf Witwen- oder Witwerrenten 192 942 M., auf Witwenkrankenrenten 6718 M., auf Waisenaussteuer 2884 M. Mit dem Vorjahr lassen sich diese Leistungen nicht wohl vergleichen, da die Einrichtung in der Entwicklung begriffen ist. Die Steigerung beträgt über eine Million.

Die Fürsorgestelle der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte für Syphiliskranke.

Diese Einrichtung, die einen wichtigen Fortschritt auf dem Gebiete sozialer Fürsorge bezeichnet, haben wir bereits in unserer Mitteilung im Heft 33 des Jahrganges 1915 S. 185 erwähnt. Inzwischen hat ihre vorbildliche Bedeutung eine gewichtige Anerkennung gefunden. Am 14. Dezember 1915 haben die Vorsitzenden der Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten über Maßnahmen zu gemeinsamer planvoller Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beraten und folgende Leitsätze beschlossen:

1. Zur Verminderung der Gefahr einer Zunahme der Geschlechtskrankheiten im deutschen Volke ist eine Ueberwachung geschlechtskranker Kriegsteilnehmer auch nach ihrer Entlassung geboten. Um diese Ueberwachung erfolgreich zu gestalten, ist ein planmäßiges Zusammenarbeiten der Träger der Invaliden- und Krankenversicherung mit der Aerzteschaft unerläßlich.

Zum Zwecke dieser Ueberwachung werden besondere Beratungsstellen von den Versicherungsanstalten nach Benehmen mit der zuständigen ärztlichen Standesvertretung eingerichtet. Es kann zweckmäßig sein, für Versicherungsanstalten und Sonderanstalten oder für Teile ihrer Bezirke gemeinsame Beratungsstellen einzurichten.

2. Die Kosten der Einrichtung und Unterhaltung der Beratungsstellen und die Reisekosten der Versicherten tragen die Versicherungsanstalten. Der Dienstbetrieb der Beratungsstellen wird im allgemeinen nach dem Vorbilde der Fürsorgestelle der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte in Hamburg einzurichten sein. Verzieht der Versicherte in den Bezirk einer anderen Anstalt, so werden die über ihn geführten Aufzeichnungen dorthin abgehen.

3. Die Aerzte der Beratungsstellen sollen sich der Behandlung enthalten. Sie haben nur die Notwendigkeit einer solchen festzustellen und den Kranken auf ärztliche Hilfe zu verweisen.

4. Stellt der Arzt der Beratungsstelle eine Behandlungsbedürftigkeit fest, so ist der gegen Krankheit Versicherte grundsätzlich der Krankenkasse zu überweisen, es sei denn, daß er triftige Gründe gegen eine Behandlung auf Kosten der Krankenkasse geltend macht. In diesem Falle wird die Versicherungsanstalt die Behandlung auf ihre Kosten übernehmen.

5. Die Versicherungsanstalt übernimmt ferner die Behandlung, wenn der Kranke nicht gegen Krankheit versichert ist.

6. Die Versicherungsanstalt kann auch die Fürsorge für nicht oder nicht mehr gegen Invalidität Versicherte übernehmen, wenn der Kranke dem Kreise der versicherungspflichtigen Bevölkerung nahesteht und zu besorgen ist, daß ohne das Eingreifen der Versicherungsanstalt eine sachgemäße Behandlung unterbleibt.

Es wird interessieren, einiges über die Errichtung und den Dienstbetrieb sowie über die bisherigen Ergebnisse der genannten Fürsorgestelle zu erfahren.

In der Berliner Versammlung der Vorstände der Landesversicherungsanstalten vom 4. und 5. April 1913, auf deren Tagesordnung zum erstenmal die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten stand, wies ein Vertreter der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte darauf hin, daß zwar die Behandlung der Geschlechtskrankheiten bei den Krankenkassen in guten Händen liege, daß aber die nicht minder wichtige Ueberwachung der aus der Behandlung entlassenen Geschlechtskranken dringend der Regelung bedürfe und daher für die Krankenfürsorge der Landesversicherungsanstalten eine dankbare Aufgabe bilde. Es lag nahe, den ersten Versuch in der größten unserer Hafenstädte zu machen, wo die Geschlechtskrankheiten naturgemäß eine besonders günstige Stätte finden, und so wurde die erste derartige Fürsorgestelle in Hamburg ins Leben gerufen. Ihre Wirksamkeit wurde vorerst auf Syphiliskranke beschränkt. Einmal ist die Syphilis mit ihren Folgeerscheinungen die verheerendste unter den Geschlechtskrankheiten und spielt namentlich auch als Invaliditätsursache eine besonders unheilvolle Rolle. Sodann aber bedürfen gerade die Syphiliskranken nach Abschluß ihrer ersten Behandlung noch einer mehrjährigen Ueberwachung, damit ein Wiederaufflackern der Krankheit möglichst rechtzeitig erkannt werden und eine angemessene Nachbehandlung eintreten kann. Diese Nachbehandlung durchzusetzen, war, neben Verhütung der Krankheitsübertragung, als Hauptziel ins Auge gefaßt. Denn nach den Erfahrungen ist durch eine oder mehrere rechtzeitig eingesetzte Nachbehandlungen mit einiger Sicherheit zu erreichen, daß Syphiliserscheinungen des sekundären oder tertiären Stadiums entweder überhaupt nicht oder nur in ganz gelinder Form auftreten und die für die Erwerbsfähigkeit des Kranken meist so verhängnisvollen Folgekrankheiten des Rückenmarks, Gehirns oder Herzens fast immer vermieden werden. Demgemäß bezeichnet die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte als Zweck ihrer, unter die Leitung eines Facharztes gestellten Fürsorgestelle: 1. Jede in ihren Sprechstunden erscheinende, der Kranken- und Invalidenversicherung unterliegende Person, die syphiliskrank ist oder zu sein fürchtet, aber noch nicht in ärztlicher Behandlung steht, unentgeltlich durch den Fürsorgearzt untersuchen zu lassen und sie, wenn nötig, der zuständigen Krankenkasse zur schleunigen Einleitung einer sachgemäßen ärztlichen oder Krankenhausbehandlung zuzuführen; 2. Die wegen Syphilis behandelten Versicherten nach Abschluß der Behandlung weiter zu kontrollieren, indem sie in gewissen Zwischenräumen ihre nochmalige Untersuchung durch den Fürsorgearzt und bei Behandlungsbedürftigkeit ihre Zuweisung an die zuständige Krankenkasse behufs erneuter Heilbehandlung veranlaßt.

Um diesen Zweck zu erreichen, galt es zunächst Vorsorge zu treffen, daß die aus der ersten Behandlung der Krankenkassen entlassenen Kranken der Fürsorgestelle bekannt wurden. Daß sie sich freiwillig melden würden, war umsoweniger zu erwarten, als erfahrungsgemäß selbst die Aufforderung des behandelnden Arztes, sich einige Zeit nach der Entlassung wieder vorzustellen, von den Kranken meist unbeachtet gelassen wird. So blieb nichts übrig, als ein Meldeverfahren für die behandelnden Aerzte einzuführen, das sich, wie folgt, gestaltet: Den Aerzten werden von der Fürsorgestelle besondere Formulare — in verschiedenen Farben für Männer und für Frauen — zur Verfügung gestellt, in die sie nach Abschluß der eigentlichen Behandlung den Namen des Kranken, die Nummer seines Krankenscheins und nähere Angaben über Beginn und Verlauf der Erkrankung sowie Zeit und Art der Behandlung eintragen, um sie so ausgefüllt der Krankenkasse zu übermitteln, die sie nach Eintragung der genauen Personalien an die Fürsorgestelle weitergibt. Diese Krankenkarte bildet nun die Grundlage

für die weitere Kontrolle des Kranken. Kommt ausnahmsweise einmal wegen „vorübergehenden" Ausscheidens eines Kranken aus der Krankenversicherung eine Krankenkasse zur Zeit des Abschlusses der Behandlung nicht in Frage, so werden nach den Angaben des Kranken auch die Personalrubriken von dem behandelnden Arzte ausgefüllt und es wird die betreffende Karte in diesem Falle unmittelbar von ihm an die Fürsorgestelle abgegeben. Bei letzterer wird zu den sämtlichen bei ihr eingegangenen Karten ein alphabetisch geordnetes Kartenregister geführt; in dasselbe wird sofort ein bestimmter Nachuntersuchungstermin eingetragen. Bei Abschluß der Behandlung wird dem Kranken das von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten herausgegebene Merkblatt mit einer demselben beigehefteten Aufforderung, sich zur ersten Nachuntersuchung nach 10—12 Wochen bei der Fürsorgestelle in seinem eigenen Interesse einzufinden, ausgehändigt. Dieser Aufforderung wird natürlich vielfach nicht ohne weiteres entsprochen; der Kranke wird in diesem Falle durch ein formularmäßiges, wiederum auf sein eigenes Interesse hinweisendes, aber diskretes Schreiben ersucht, sich in der Sprechstunde der Fürsorgestelle einzufinden. Hat diese erste Ladung keinen Erfolg, so wird sie durch ein weiteres, eine verstärkte Mahnung und den Hinweis auf § 1272 RVO. enthaltendes Schreiben wiederholt. Erscheint dann der Kranke in der Sprechstunde, so findet eine Nachuntersuchung statt und es wird je nach deren Ergebnis die ihn betreffende Karte mit neuer Vorlagefrist zurückgestellt oder bei der zuständigen Krankenkasse, in Ermangelung einer solchen bei der Landesversicherungsanstalt, die Einleitung einer Nachbehandlung in Anregung gebracht. Nach Beendigung dieser Nachbehandlung erhält die Fürsorgestelle von dem behandelnden Arzt eine direkte Benachrichtigung über Ort, Art und Dauer der Nachbehandlung. In entsprechender Weise wird verfahren, wenn ein noch nicht ärztlich behandelter Syphiliskranker sich erstmalig in der Fürsorgestelle meldet und daraufhin der zuständigen Krankenkasse behufs alsbaldiger Einleitung einer sachgemäßen Heilbehandlung zugewiesen wird.

Nach dem Bericht für 1914 hat es der Fürsorgestelle an Schwierigkeiten bei der Durchführung ihrer Aufgaben nicht gefehlt. Da die Nachbehandlung binnen einer gewissen Zeit nach der ersten Behandlung einsetzen soll, auch wenn „äußere" Krankheitszeichen alsdann nicht wahrnehmbar sind, so sträubten sich hie und da — jedoch keineswegs häufig — die Kranken selbst gegen das ihnen zugemutete neue Heilverfahren. Bedauerlich ist, daß auch manche Kassenärzte Schwierigkeiten bereiteten; einzelne lehnten bei Fehlen äußerer Krankheitszeichen die von der Fürsorgestelle angeregte Nachbehandlung als überflüssig ab. Andere sind — obwohl den Aerzten die Meldung ihrer abgeschlossenen Behandlungsfälle durch Uebersendung von Kartenformularen in fertig adressierten und freigemachten Briefumschlägen nach Möglichkeit erleichtert wurde — zur regelmäßigen Einsendung der Meldekarten nicht zu bewegen gewesen, sei es infolge mangelnden Verständnisses oder aus Scheu vor Schreibarbeit oder aus Furcht, die Fürsorgestelle könnte die ärztliche Praxis beeinträchtigen. Von der Mehrzahl der Staatskrankenhäuser sind während der ersten Kriegsmonate die Meldungen fast ganz ausgeblieben. Trotz solcher Schwierigkeiten aber, die man vielleicht als die Kinderkrankheiten des Unternehmens betrachten, zum Teil wohl aber auch auf die Ungunst der besonderen Verhältnisse des Berichtsjahrs zurückführen kann, sind doch die Ergebnisse dieses Jahres recht beachtenswerte. Es konnten von den insgesamt im Laufe des Jahres gemeldeten 433 Personen — von denen 178 ein oder mehrere Male in der Sprechstunde der Fürsorgestelle untersucht wurden — 149 einer rechtzeitigen Nachbehandlung zugeführt werden, die sie sonst wahrscheinlich nicht erfahren haben würden. Daneben haben sich noch 258 größtenteils nicht in ärztlicher Behandlung gewesene Personen, ohne Ueberweisung durch einen Arzt, freiwillig in den Sprechstunden der Fürsorgestelle vorgestellt. Von diesen wurden 116 in Fürsorge genommen und 58 nach ein oder mehrmaliger Untersuchung einer erstmaligen Behandlung oder Nachbehandlung zugeführt.

Literarisches.

Anlagenband für Kommentar und Handausgabe der Reichsversicherungsordnung. Herausgegeben von Geh. Regierungsrat Düttmann und anderen. Altenburg, Stephan Geibel Verlag, 1913 bis 1914. Preis 10 Mark.

So umfangreich die Reichsversicherungsordnung ist, so unvollständig ist sie ohne die Ausführungsbestimmungen, auf die im Gesetze vielfach verwiesen ist oder die sich sonst als notwendig erwiesen haben, insbesondere auch zur Anpassung an das verschiedene Landesverwaltungsrecht der einzelnen deutschen Bundesstaaten. Der Anlagenband bringt diese Ausführungsbestimmungen in drei Teilen: I. Gemeinsames Recht — Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. II. Unfallversicherung. III. Krankenversicherung. Jedem Teil ist ein übersichtliches Verzeichnis der Verordnungen, Bundesratsbeschlüsse, Ausführungsgesetze, Ministerialerlasse und sonstigen landesrechtlichen Bestimmungen für Preußen und Bayern vorausgeschickt. Im dritten Teil (Krankenversicherung) sind die bis Ende Juni 1914 für das Reich oder für Preußen erschienenen Ausführungsbestimmungen von erheblicher Bedeutung enthalten, von der Aufnahme der in den übrigen Bundesstaaten erlassenen Vorschriften jedoch, wegen der Fülle des Materials, abgesehen; nur die Bekanntmachung des bayerischen Staatsministeriums vom 17. November 1913, betreffend Behandlung durch Bader und Zahntechniker, ist noch aufgenommen. Dieser dritte, besonders reiche Teil enthält namentlich auch sämtliche Mustersatzungen.

Die übersichtliche Anordnung des umfangreichen Stoffes macht den starken und doch handlichen Band zu einem wertvollen Hilfsbuch für jeden Besitzer einer Ausgabe der Reichsversicherungsordnung.

Jahrbuch der Arbeiterversicherung für 1916 in Form eines Ergänzungsbandes zum Jahrbuch 1914. Nach amtlichen Quellen herausgegeben von P. Schindler und Dr. H. Götze. Berlin 1916, Verlag der Liebel'schen Buchhandlung. Preis 4 Mark.

Das Jahrbuch hat sich bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern längst als ein hocherwünschtes und wohlbewährtes Hilfsmittel für den Handgebrauch eingebürgert. Daß es, wie für das Jahr 1915 (zu vgl. Arb.-Vers. 1915 S. 406), auch diesmal nur in der Form eines Ergänzungsbandes erschienen ist, ist durch den Kriegszustand bedingt und erklärt. Das Buch bringt in der bekannten Form alle organisatorischen und sonstigen Neuerungen und Veränderungen bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern, die neu ergangenen Verordnungen zur Durchführung der Sozialversicherung, ferner in Anmerkungen zu den einzelnen Paragraphen die im Jahre 1915 ergangenen höchstinstanzlichen Entscheidungen, endlich (als Anhang zu Teil I) die umfangreichen Nachweisungen des Ortslohns und des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter, sowie die Durchschnittssätze der monatlichen Heuer der zur Besatzung deutscher Seefahrzeuge gehörenden Personen (S. 121 ff., 173 ff., 249 ff.). Ein übersichtlich angelegtes Inhaltsverzeichnis unterrichtet schnell über den reichen Inhalt, den das handliche Bändchen birgt, und erleichtert seinen bequemen Gebrauch.

Arzneilose Tage. Ein Mahnwort an alle Beteiligten von Albert Wilde, Verwaltungsdirektor, Nürnberg 1916.

Die Schrift zielt auf den verständigen Zweck, den Arzneiverbrauch in gewissem Umfang einzuschränken, insbesondere um an zahlreichen, durch den Krieg teuer oder knapp gewordenen Stoffen zu sparen und namentlich eine große Menge von Fetten und Oelen für die Ernährungsbedürfnisse der Bevölkerung frei zu machen. Hierzu soll die gesetzliche Einführung arzneiloser Tage führen. Die Begründung der Schrift läßt keinen Zweifel darüber, daß der Verfasser sich die Ausführung in solcher Weise denkt, daß eine Gefährdung der Kranken ausgeschlossen sein soll. Seine Absicht ist die beste und die Anregung für alle Fälle dankenswert. Ob aber ein gesetzlicher Zwang ohne Schädigung durchführbar sein würde, wird nicht ganz zweifelsfrei sein. Das größte Bedenken haben wir gegen die Prägung des Schlagwortes „arzneilose Tage". Solche Schlagwörter werden leicht ohne die inhaltliche Begrenzung, die sich aus der Begründung ergibt, von Mund zu Mund weitergegeben und verfallen dadurch leicht einer Mißdeutung, die sich von der guten Absicht des Urhebers weit entfernt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Anspruch der Krankenkasse gegen den Vater eines unehelichen Kindes?

1. **Nach Düsseldorf** (Zentralstelle für freiwillige Liebestätigkeit). Frage: In unserer Arbeit kommt uns wiederholt der Fall vor, daß die Kassen bei Leistung der Wochenhilfe an uneheliche Mütter ihr Recht gemäß § 1542 RVO. auch dann geltend machen, wenn der uneheliche Vater Kriegsteilnehmer ist. Dieser wird dann etwa veranlaßt, einen Verpflichtungsschein zu unterschreiben, des Inhalts, daß er den Betrag der Kasse zurückerstatten wird, oder aber die Kassen weigern gar in mißbräuchlicher Darlegung der Erstattungspflicht nach § 1542 jegliche Leistung, ehe der Verpflichtungsschein von dem unehelichen Vater unterschrieben ist.

Da nun solche Wöchnerinnen, wenn sie nicht Kassenmitglieder sind, Anspruch auf Reichswochenhilfe haben, so wird der uneheliche Vater durch die Kassenmitgliedschaft der Wöchnerin benachteiligt, ein Ergebnis, das dem Geiste des Gesetzes zweifellos entgegensteht. Die Kasse andererseits macht Gebrauch von ihrem Rechte, den Erstattungsanspruch gemäß § 1542 geltend zu machen und fordert den Betrag für das verausgabte Wochengeld zurück. Wir bitten nun um gefällige Begutachtung der Frage, ob tatsächlich der Kriegsteilnehmer von den Kassen zu Recht zu den Kosten für das Wochengeld herangezogen wird.

Würde diese Frage verneint werden können, so würde unseres Erachtens den Kassen insofern kein tatsächlicher Schaden entstehen, da bei unehelichen Wöchnerinnen, welche Reichswochenhilfe beziehen, im Gegensatz zu solchen, welche Reichswochenhilfe nicht beziehen, der größere Teil der Kosten den Krankenkassen nicht zur Last fallen. In der Friedenszeit wird aber auf Grund des § 1542 nicht annähernd 50% der Kosten der Kasse vergütet.

Antwort: Der Vater der unehelichen Kinder ist nach § 1715 BGB. verpflichtet, der Mutter die Kosten der Entbindung und des Unterhalts für sechs Wochen sowie gegebenenfalls noch weitere notwendige Aufwendungen „zu ersetzen". Damit ist der Mutter „ein gesetzlicher Entschädigungsanspruch" gegen den Vater gegeben, und es entstand daher schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes die Frage, ob dieser Anspruch gemäß § 57 Abs. 4 KVG. auf die Krankenkasse übergehe, soweit diese der Wöchnerin aus Anlaß der Niederkunft pflichtmäßig Leistungen gewährt hatte. Ein Bedenken gegen die Bejahung ergab sich aus der Fassung des § 57 Abs. 4, wonach ein solcher Uebergang nur wegen der von der Kasse „in einem Krankheitsfalle" geleisteten

Unterstützung stattfand, während die (normale) Entbindung als Krankheitsfall nicht gelten kann. Gleichwohl wurde die Frage überwiegend bejaht, weil im § 20 KVG. in der ursprünglichen Fassung den Kassen unter Ziff. 1 eine „Krankenunterstützung" und unter Ziff. 2 „eine gleiche Unterstützung an Wöchnerinnen" zur Pflicht gemacht war, so daß man auch die Wöchnerinnenunterstützung im weiteren Sinne, insbesondere im Sinne des § 57 Abs. 4 glaubte als Krankenunterstützung ansehen zu müssen; die spätere Aenderung des § 20 Ziff. 2 dahin, daß „eine Unterstützung in Höhe des Krankengeldes an Wöchnerinnen" zu gewähren sei, wurde als eine für die Auslegung belanglose Fassungsänderung angesehen. Eine abweichende Auffassung wurde wesentlich aus sozialen und sittlichen Gründen (übrigens recht gewichtiger Art!) vertreten von Kleeis in Arb.-Vers. 1904 S. 481; die rechtlichen Ausführungen von Hippe das. 1909 S. 577 waren ohne Gewicht. Dagegen wurde die Frage nach der Reichsversicherungsordnung wieder brennend und es wurden gewichtige Gründe für die Verneinung eines Rückgriffsrechts der Kasse gegen den Vater des unehelichen Kindes geltend gemacht. Denn § 1542 RVO. sieht den Uebergang auf die Versicherungsträger nur vor hinsichtlich der Ansprüche auf Ersatz des Schadens, der den Versicherten „durch Krankheit, Unfall, Invalidität oder Tod des Ernährers erwachsen ist"; und da die Reichsversicherungsordnung im 2. Buche die verschiedenartigen Unterstützungsgründe und Leistungen insbesondere die Wochenhilfe (§§ 195 ff.) und die Krankenhilfe (§§ 182 ff.), vollständig auseinander hält und klar unterscheidet, so wird man den Uebergang eines solchen Anspruchs auf die Kasse nur anerkennen können, wenn ihre Leistungen an die Versicherte gleichfalls durch Krankheit, nicht auch wenn sie durch Entbindung veranlaßt waren. In diesem Sinne hat sich schon Hahn zum Entwurf der Reichsversicherungsordnung (Arb.-Vers. 26 S. 390), vor allem aber ausführlich und eindringlich Hoffmann (das. 32 S. 25 ff.) geäußert. Dieser Ansicht schließen wir uns an. — Jedenfalls unerheblich ist, ob der Vater des unehelichen Kindes Kriegsteilnehmer ist oder nicht. Jedenfalls ungesetzlich ist ferner, daß die Kasse irgend einen Druck auf die Mutter übt, insbesondere, daß sie etwa ihre pflichtmäßigen Leistungen von der Nennung des Vaters oder gar von der Ausstellung eines Verpflichtungsscheines durch den Vater abhängig macht.

Krankenversicherung bei zwei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit.

2. Nach L. Antwort: Wenn jemand bei zwei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit gegen Krankheit in der Art versichert ist, daß er im Krankheitsfalle von dem einen Vereine vollen Ersatz der Arztkosten, von dem anderen nur einen Teil dieser Kosten zu beanspruchen hat, so steht es keinem der beiden Vereine zu, dem Versicherten die schuldige Leistung um den Betrag zu kürzen, den er von dem anderen Vereine bereits empfangen hat. Dies hat das Amtsgericht mit Recht angenommen und durch Hinweis darauf begründet, daß § 59 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 — wie sich aus § 10 des Gesetzes über die Aufhebung des Hilfskassengesetzes vom 20. Dezember 1911 ergibt — auf Versicherungsvereine der bezeichneten Art keine Anwendung findet. Jener § 59 bestimmt nämlich, daß im Falle der Doppelversicherung die Versicherer in der Weise als Gesamtschuldner verpflichtet sind, daß jeder von ihnen dem Versicherten für den Betrag haftet, dessen Zahlung ihm nach seinem Vertrag obliegt, der Versicherte aber im ganzen nicht mehr als den Betrag seines Schadens verlangen kann. Daraus, daß diese Vorschrift im vorliegenden Falle nicht gilt, folgt, daß jeder der beiden Vereine dem Versicherten ohne Rücksicht darauf, was ihm der andere Verein zu zahlen hat und tatsächlich zahlt, für den vollen vertragsmäßigen (satzungsmäßigen) Betrag haftet, auch wenn dadurch der Versicherte im ganzen mehr empfängt, als er an Arztkosten verauslagt hat. Denn nur bei einem Gesamtschuldverhältnis wirkt die Erfüllung durch einen Gesamtschuldner auch für die übrigen Schuldner (§§ 421, 422 BGB.). Da die beiden Vereine nicht als Gesamtschuldner gelten, sondern jeder von ihnen aus einem besonderen Rechtsgrunde dem Versicherten zu einer besonderen Leistung verpflichtet ist, kann keiner von ihnen die von dem anderen geleistete Zahlung auf seine Schuld anrechnen, sondern jeder der beiden Schuldner wird von seiner Verpflichtung nur durch Bewirkung der vollen geschuldeten Leistung frei (§ 362 BGB.). Eine Kürzung der Leistung läßt sich auch nicht aus dem Grunde ungerechtfertigter Bereicherung herleiten; denn der Versicherte ist nicht, wie § 812 BGB. voraussetzt, „ohne rechtlichen Grund" bereichert, wenn jeder Verein ihm nur dasjenige zahlt, wozu er nach dem Vertrage (nach der Satzung) verpflichtet ist.

Mißachtung grundsätzlicher Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes durch das Oberversicherungsamt.

3. Nach St. Frage: Das Oberversicherungsamt in N. verurteilt die Krankenkassen entgegen dem § 184 RVO. und entgegen der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 16. November 1914 Nr. 1935 — A. N. S. 818 — im Spruchverfahren unter Verletzung des § 1693 Abs. 1 RVO. endgültig zur Gewährung von Krankenhauspflege und zur Zahlung von Krankenhauskosten. Es handelt sich nicht um einen Einzelfall. Wie können sich die Krankenkassen dagegen schützen?

Antwort: Der Umstand, daß das Oberversicherungsamt, obwohl die Voraussetzungen des § 1693 RVO. vorliegen, die Sache nicht an das Reichsversicherungsamt abgibt, macht das Urteil nicht revisionsfähig, dieses bleibt also endgiltig. Vielleicht könnte, vorausgesetzt, daß das Oberversicherungsamt tatsächlich die grundsätzliche Entscheidung des RVA. mißachten sollte, eine öffentliche Kritik ieses Verfahrens für die Zukunft derartige Mißgriffe verhüten.

Kriegswochenhilfe neben Krankenhauspflege.

4. Nach Lemgo. Frage: Eine bei der Ortskrankenkasse versicherte Frau, deren Ehemann nicht Kriegsteilnehmer ist, mußte am 30. November v. J. in das hiesige Krankenhaus aufgenommen werden. Sie kam daselbst am 7. Dezember nieder und wurde verpflegt bis zum 11. Januar d. J. Hat unsere Kasse neben den Verpflegungskosten im Krankenhause und dem Hausgelde noch die vollen Leistungen des § 3 Ziff. 1, 3 und 4 der Verordnung vom 3. Dezember 1914 zu zahlen, oder sind diejenigen zu 3 und 4 erst vom 12. Januar d. J. an zu rechnen?

Antwort: Wir nehmen nach der Anfrage an, daß auch die Kosten der Entbindung, sowie der Behandlung der vorausgegangenen Schwangerschaftsbeschwerden in den „Verpflegungskosten“, welche die Krankenkasse trägt, mit inbegriffen sind, so daß der Versicherten ein Aufwand durch die Entbindung und durch Schwangerschaftsbehandlung nicht erwachsen ist. Dann nehmen wir an, daß sie keinen Anspruch auf die baren Beihilfen aus § 3 Ziff. 1 und 3 hat. Allerdings ist nach § 8 in Verbindung mit § 4 ein allgemeiner Beschluß des Kassenvorstandes erforderlich, um an die Stelle der bezeichneten Geldleistungen die entsprechenden Sachleistungen zu setzen. Das bedeutet aber nur, daß die Kasse einer Versicherten im Einzelfalle nicht die Sachleistungen statt der baren Beihilfen aufdringen kann, wenn jener allgemeine Beschluß nicht gefaßt ist. Hat dagegen die Versicherte tatsächlich die Sachleistungen erhalten und angenommen, so daß ihr Kosten für Entbindung und Schwangerschaftsbehandlung nicht entstanden sind, so würde es auf eine ganz ungerechtfertigte Doppelleistung hinauskommen, wenn sie noch die baren Beihilfen erhielte. Das Stillgeld aber für eine selbststillende Wöchnerin kann durch keine Sachleistung ersetzt werden (vgl. § 4, wo Ziff. 4 des § 3 nicht angeführt ist). Es ist also vom Tage der Niederkunft ab für 12 Wochen zu gewähren.

Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz der Aufwendungen für ein Mitglied wegen mangelhafter Beleuchtung des Bürgersteigs.

5. Nach Telgte i. W. Antwort: Der Bürgersteig ist ein öffentlicher Weg, für dessen Instandhaltung und Beleuchtung nicht die anliegenden Hausbesitzer, sondern die Stadtgemeinde zu sorgen hat. Diese haftet dem Verletzten für den Schaden, der ihm infolge mangelhafter Beleuchtung durch den erlittenen Unfall entstanden ist, wenn der Mangel auf das Verschulden eines für die Erhaltung des ordnungsmäßigen Zustandes der Straße verantwortlichen, berufenen Vertreters oder einer sonst hierzu bestellten Person zurückzuführen ist (§ 89 mit § 31, §§ 823, 831 BGB.). Der Anspruch des Verletzten gegen die Stadt bestimmt sich nach §§ 843, 847 BGB. Dieser Anspruch geht auf die Krankenkasse insoweit über, als sie dem Verletzten nach der Reichsversicherungsordnung Leistungen zu gewähren hat (§ 1542 RVO.).

Beitreibung von Versicherungsbeiträgen gegen Kriegsteilnehmer.

6. Nach Ragnit. Antwort: Wenn das Gewerbe des Kriegsteilnehmers in seinem Namen und für seine Rechnung von der Ehefrau weitergeführt wird, so hat diese selbstverständlich auch für die Bezahlung der Beiträge zur Kranken- und Invalidenversicherung der Beschäftigten zu sorgen. Bleibt sie damit im Rückstande, so findet Zwangsvollstreckung in das Vermögen des Arbeitgebers, also des Kriegsteilnehmers, gemäß § 28 RVO. statt, jedoch mit der aus § 5 des Kriegsnotgesetzes vom 4. August 1914 sich ergebenden Beschränkung, da diese sich ausdrücklich auch auf die Vollstreckung wegen öffentlich-rechtlicher Geldforderungen — wozu die Versicherungsbeiträge gehören — bezieht. (Arb.-Vers. 1914 S. 565, 567.) Die Beschränkung besteht aber im wesentlichen darin, daß die Versteigerung gepfändeter Sachen unzulässig ist; die Pfändung von Sachen zum Zwecke späterer Verwertung und namentlich auch die Wegnahme von Geld und Ablieferung an die Krankenkasse ist nicht ausgeschlossen, wenngleich hierbei mit billiger Schonung gegen die Kriegsteilnehmer und seine Familie vorzugehen sein wird.

Zur Krankenversicherungspflicht einer als Haushälterin beschäftigten pensionierten Lehrerin.

7. Nach Forbach i. L. Antwort: Bezug einer Pension, die der Haushälterin auf Grund ihrer früheren Beschäftigung als Lehrerin zusteht, schließt ihre Krankenversicherungspflicht nicht aus, wohl aber würde diese entfallen, wenn die Haushälterin tatsächlich, wie der Arbeitgeber behauptet, an Naturalien mehr beisteuerte, als der Wert des ihr gewährten Unterhalts, neben dem sie keinen Barlohn erhält, ausmacht. Daß der Arbeitgeber eine bezahlte Person anstellen müßte, wenn ihm die pensionierte Lehrerin den Haushalt nicht führte, macht diese nicht versicherungspflichtig.

Anspruch des Kassenmitgliedes auf Verabfolgung der Satzung.

8. Nach W. Frage: Unsere Kassensatzung enthält folgende Bestimmung: „Jedes Mitglied erhält auf Antrag unentgeltlich an der Geschäftsstelle der Kasse einen Abdruck der Satzung und ihrer Aenderungen, ebenso auf seinen Antrag, jeder Arbeitgeber, der Kassenmitglieder beschäftigt. Jedes Mitglied erhält außerdem einen Abdruck der Krankenordnung, sofern sie nicht schon in der Satzung enthalten ist. Der Kassenvorstand kann auch Auszüge aus der Satzung den Mitgliedern verabfolgen, aus denen die Rechte und Pflichten der Kassenmitglieder zu ersehen sind.“ Die Satzung hat die Genehmigung des Oberversicherungsamtes gefunden. Darf diese Bestimmung, trotzdem sie nicht dem Wortlaut des § 325 RVO. entspricht, gehandhabt werden?

Antwort: Die Bestimmungen sind an sich zulässig. Es kann sehr wohl vorgeschrieben werden, daß die Schriftstücke an der Geschäftsstelle auszuhändigen sind, denn eine Zusendungspflicht der Kasse besteht nicht. Allerdings braucht das Mitglied sich mit einem Auszuge nicht zu begnügen, kann vielmehr Verabfolgung der ganzen Satzung beanspruchen. Das Recht aus § 325 RVO. darf ihm nicht verkümmert werden.

Berichtigung.

In dem Aufsatze des Herrn Geheimrat Hahn in Heft 5 S. 102, linke Spalte, ist die vorletzte Zeile beim Satz ausgefallen. Es ist dort folgendes zu ergänzen: „in Widerspruch nicht nur miteinander“,

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt fur Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1129 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. März 1916 | Heft 7

Die Amtsverschwiegenheit der Angestellten und Organmitglieder der Krankenkassen

Von Friedrich Kleeis in Halle a. S.

Zu den Neuerungen, welche die RVO. auf dem Gebiete der Krankenversicherung brachte, gehört eine näher bestimmte Schweigepflicht der mit der Verwaltung beschäftigten Personen. Seither war in der ganzen Arbeiterversicherung nur in den Unfallversicherungsgesetzen eine Pflicht zur Verschwiegenheit über die Betriebsgeheimnisse der Unternehmer vorgesehen. Die RVO. dehnt diese Einrichtung auf alle Gebiete der Versicherung aus. Weiter fehlte es überhaupt in den Versicherungsgesetzen an einer Vorschrift, die dem Versicherten einen ähnlichen Schutz für seine eigene Person sichert, wie er gegenüber dem Arzt, Apotheker, Rechtsanwalt usw. infolge der Strafvorschrift im § 300 des Strafgesetzbuches bereits gegeben ist. Jetzt ist eine entsprechende Bestimmung eingeführt worden. Das Fehlen der nunmehr geschaffenen Einrichtungen habe, so heißt es in der Begründung zur RVO., sich in der Praxis unliebsam fühlbar gemacht.

Seit diese Bestimmungen für den Bereich der Krankenversicherung in Geltung sind, haben sie schon viel Streitstoff abgegeben. Im allgemeinen herrscht namentlich bei den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen das Bestreben vor, diese Amtsverschwiegenheit weit über den gesetzlichen Rahmen auszudehnen. So leitete in einem Falle ein Versicherungsamt ein peinliches Verfahren ein, weil eine seiner Verfügungen an den Kassenverwalter den Weg in die Zeitungen fand. In einem anderen Falle ließ ein Kassenvorstand die Angestellten durch schriftliche Erklärungen zu ganz allgemeiner Verschwiegenheit verpflichten. Diese und eine Anzahl in der Literatur bekannt gewordene Fälle rechtfertigen, den Stoff einmal zu behandeln, zumal er infolge des Wortlautes des Gesetzes tatsächlich recht wenig klar ist.

1. Wer ist zur Amtsverschwiegenheit verpflichtet?

Das Schweigegebot richtet sich, soweit die Krankenversicherung in Frage kommt, gegen die Mitglieder eines Organs und gegen die Angestellten des Versicherungsträgers. Die Organe einer Krankenkasse sind (vergl. § 329 RVO.) der Vorstand und der Ausschuß. Zu den Mitgliedern gehören die aktiven Angehörigen dieser Körperschaften, nicht schon die noch nicht in Tätigkeit getretenen Stellvertreter und Ersatzleute. Zweifelhaft kann sein, wer alles zu den „Angestellten“ gehört. Die Absicht des Gesetzgebers geht augenscheinlich dahin, das Wort im weitesten Sinne zu verstehen, so daß alle in der Verwaltung der Kasse tätigen Personen getroffen werden. Nach der sonstigen Technik des Gesetzes freilich könnten Zweifel darüber bestehen. Nach den §§ 349, 351 RVO. teilen sich bekanntlich alle die bei einer Krankenkassenverwaltung

beruflich tätigen Personen in Hilfskräfte (§ 351 Abs. 2), Angestellte (§ 351 Abs. 1) und Beamte (§ 359), für die sehr von einander abweichende Rechtsverhältnisse bestehen. Man wird indes sagen müssen, daß hier das Wort „Angestellte" ein Sammelbegriff für alle bei der Kasse tätigen Personen sein soll. In diesem Sinne wird es z. B. auch im § 351 Abs. 1 und 2 gebraucht. Somit haben alle in der Kassenverwaltung tätigen Personen die Schweigepflicht, die vom Kassenvorstand oder seinen Beauftragten irgendwie „angestellt" worden sind. Insbesondere also fallen die entsprechend den Vorschriften in § 359 RVO. als „Beamte" anzusehenden Angestellten ebenfalls unter die in den §§ 141 bis 143 geregelte Schweigepflicht. Allerdings besagt § 145, daß Beamte, die der Dienstgewalt einer staatlichen oder gemeindlichen Behörde unterstehen, der in den §§ 141, 142, 143 festgelegten Schweigepflicht nicht unterliegen. Wie sich aber aus der ganzen Entstehungsgeschichte des § 145 ergibt, sind unter diesem nur die Beamten der Versicherungsbehörden einschl. derjenigen des Reichsversicherungsamts zu verstehen. In der Begründung zur RVO. heißt es S. 73: „Da indessen die Beamten der Versicherungsbehörden teils Mitglieder, teils Angestellte dieser Behörden sind, für sie aber jene Schweigepflicht bereits nach anderen Gesetzen besteht, so mußten sie durch § 157 (jetzt 145) von diesen besonderen Vorschriften ausgenommen werden." Abgesehen von dieser Erläuterung ergibt sich schon aus dem Wortlaut des § 145, daß unter den daselbst genannten Beamten nicht auch diejenigen der Krankenkassen zu verstehen sind, denn diese unterliegen nicht, wenigstens nicht allein, der Dienstgewalt einer staatlichen oder gemeindlichen Behörde. Gleichwohl bewendet es für diese Krankenkassen-„Beamten" in der Sache „an Stelle der §§ 141 bis 144 bei den für sie geltenden (besonderen) Vorschriften" ebenfalls, auch wenn es im Gesetz nicht ausdrücklich gesagt ist, wie wir weiter unten noch sehen werden. Geschieht doch die Anstellung dieser Beamten durchgängig auf Grund von Regulativen, die sämtlich entsprechende Bestimmungen enthalten. Somit richtet sich das Schweigegebot dieser Angestellten, die nach § 359 RVO. als Beamte gelten, außerdem noch nach den einschlägigen Vorschriften ihrer Anstellungsregulative.

2. Was ist geheim zu halten?

Der Umfang der Angelegenheiten, die der Schweigepflicht unterliegen, ist erfreulicherweise beschränkt und einigermaßen umgrenzt. Die gesetzliche Schweigepflicht erstreckt sich nicht auf alle Vorgänge innerhalb des Getriebes der Krankenkasse, sondern nur a) auf die Krankheiten oder andere Gebrechen und deren Ursachen hinsichtlich aller Personen, die von der Kasse eine Leistung beziehen und b) die Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse der Arbeitgeber, deren Beschäftigte bei der Kasse versichert sind.

Was zunächst das Schweigegebot über die Krankheiten usw. der Versicherten anbetrifft, so wurde zur Begründung dieser Neuerung in der Reichstagskommission gesagt, daß es für die Versicherten sehr nachteilig sein könne, wenn einschlägige Mitteilungen, z. B. bei Folgeerscheinungen der Syphilis, an die Mitarbeiter oder Arbeitgeber der Kranken gemacht würden.

Unter den Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen im Sinne des § 142 sind natürlich nur solche der mit der Kasse in Verbindung stehenden Arbeitgebern und Unternehmern, nicht etwa solche der Kasse zu verstehen. In der Kommissionsberatung wurde vom Staatssekretär des Innern ausdrücklich gesagt, daß die Begriffe nicht zu eng ausgelegt werden dürfen. Es fallen vornehmlich darunter alle Vorgänge und Einrichtungen (Betriebsweise, Menge der angefertigten Waren, Art der Beschäftigung, Bezugsquellen, Umsatzgebiet, Kundenkreis, Erfindungen, Kassenführung und sonstige Eigentümlichkeiten), deren Geheimhaltung nach ihrer Natur oder der Absicht des Unternehmers geboten ist. Ein „Geheimnis" liegt natürlich nicht vor, wenn es sich um allgemein bekannte Tatsachen handelt. Auch handelt es sich nicht um die Aufdeckung eines Geheimnisses, wenn dieses gegenüber

mehreren Beteiligten, die das Geheimnis schon kennen, bekannt gegeben wird. Dagegen kommt es nicht darauf an, daß die den Gegenstand des Geheimnisses bildende Tatsache absolut neu ist.

Wie ungeklärt immerhin noch der Begriff der Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse ist, geht daraus hervor, daß man schon die Lohnverhältnisse der Arbeiter zu ihnen zählt (vgl. Arb.-Vers. 1913 S. 767), die doch eigentlich recht wenig geheimnisvolles haben oder wenigstens haben sollten. Unzulässig soll es auch sein, wenn ein Versicherungsträger dem anderen Mitteilungen über die Lohnverhältnisse bei einem Unternehmer macht (Arb.-Vers. 1913 S. 719). In der Kommissionsberatung wurde ausdrücklich gewünscht, daß z. B. sozialpolitische Schriftsteller, die in Artikeln über die Lohnverhältnisse bestimmter Arbeitergruppen schreiben, straflos bleiben sollen.

Von der Offenbarung eines Geheimnisses kann ferner keine Rede sein, wenn der in Betracht kommende Betriebsunternehmer mit der Veröffentlichung einverstanden ist (Monatsblätt. f. Arbeiter- und Angestellten-Versich. 1913 S. 351).

Aus den Darlegungen ergibt sich, daß die vielfach vorhandene große Aengstlichkeit inbezug auf die gesetzlichen Gebote des Schweigens unbegründet ist. So ist es z. B. unverwehrt, Berichte über die Sitzungen der Kassenorgane zu geben und zu veröffentlichen (Arb.-Vers. 1914 S. 606), das Ergebnis der Abstimmung bei irgend einem Beschluß bekannt zu geben (Arb.-Vers. 1914, S. 343), Entscheidungen der Behörden, die an die Kasse gelangen, zu veröffentlichen (Arb.-Vers. 1914 S. 841), den Geburtstag eines Versicherten, den Namen seines Arbeitgebers, die Dauer der Beschäftigung bei diesen usw. Interessenten mitzuteilen, vorausgesetzt daß die Form keine Beleidigung einschließt.

Die Versuche, diesen durch das Gesetz gezogenen Rahmen der Schweigepflicht zu **erweitern**, erstrecken sich insbesondere auf die Angestellten der Kassen. Als Mittel hierzu hat man die **Dienstordnung** (§ 351 RVO.) benutzt. In § 19 des amtlichen Entwurfs einer Dienstordnung (Preuß. Hand.-Min.Bl. 1913 Nr. 27, S. 625, Arb.Vers. 1914 S. 14) findet sich folgender Satz: „Die Angestellten . . . haben über die zu ihrer dienstlichen Kenntnis gelangenden Angelegenheiten, deren Geheimhaltung ihrer Natur nach, durch gesetzliche Vorschriften — insbesondere diejenigen der §§ 141, 142, 143 RVO. — oder durch Anordnungen der Vorgesetzten vorgeschrieben ist, Verschwiegenheit zu beobachten, und zwar auch nach Lösung des Dienstverhältnisses.“ Hier ist das Schweigegebot der Angestellten nach zwei Richtungen wesentlich erweitert worden: es sollen auch die Angelegenheiten der Verschwiegenheit unterliegen, deren Geheimhaltung „ihrer Natur nach“ geboten ist und die von den Vorgesetzten bezeichnet worden sind. Ob eine Sache „ihrer Natur nach“ geheim gehalten werden muß, wird der Angestellte nicht immer entscheiden können; die Begriffsbestimmung ist zu unsicher. Der eine wird nur eine Angelegenheit für wichtig genug halten, um sie verschweigen zu müssen, die das Vaterland in Gefahr bringen kann, der andere wird jede Kleinigkeit darunter verstehen. Jedenfalls wird diese Vorschrift der Dienstordnung sehr einschränkend ausgelegt werden müssen. Insbesondere wird man, soweit die „Anordnung der Vorgesetzten“ in Frage kommt, nur solche Angelegenheiten darunter fallen lassen können, die im **einzelnen** und möglichst genau bezeichnet werden.

Man könnte überhaupt im Zweifel sein, ob es zulässig ist, die im Gesetz begrenzte Schweigepflicht durch die Dienstordnung noch weiter auszudehnen. Wenn man es auch schließlich für rechtlich zulässig halten kann, so liegt jedenfalls **kein Anlaß** zu der Maßnahme vor, die nur zu kleinlichen Schikanen gegenüber den Angestellten die Möglichkeit gibt. Was wirklich nötig ist, zu verschweigen, trifft schon das Gesetz hinreichend. Aus den einschlägigen Verhandlungen der Kommission des Reichstages geht hervor, daß es auch **gar nicht in der**

Absicht des Gesetzgebers liegt, die Schweigepflicht noch weiter auszudehnen. Haben doch schon die vorhandenen gesetzlichen Vorschriften lebhafte Kritik gefunden, weil man sie als zu weitgehend und zu dehnbar fand.

Viele der zur Beschlußfassung über die Dienstordnung berufenen Kassenorgane haben die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der hier kritisierten Ausgestaltung nicht hinlänglich geprüft und so ist sie wohl in die meisten Dienstordnungen tatsächlich aufgenommen worden. Damit wurde dazu beigetragen, die Bewegungsfreiheit der Kassenangestellten noch weiter einzuschränken, als es schon das Gesetz tut. Es ist zu empfehlen, die Bestimmung gelegentlich zu streichen. Die Musterdienstordnung, die vom Hauptverbande deutscher Ortskrankenkassen in Verbindung mit dem Verbande der Bureauangestellten (Tarifamt) herausgegeben worden ist, enthält die Erweiterung nicht; ihr § 29 verpflichtet die Angestellten nur, das ihnen in den §§ 141, 142, 143 RVO. auferlegte Dienstgeheimnis zu beobachten.

Einzelne Kassenvorstände sind aber auch über das in der Dienstordnung bereits Gesagte noch hinaus gegangen. Die Angestellten einer Kasse mußten durch Unterschrift erklären, von folgendem Kenntnis erhalten zu haben: „Der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse hat beschlossen, daß Beamte und Angestellte, sowie die bei der Kasse beschäftigten Hilfsarbeiter über alle Vorgänge, die zu ihrer dienstlichen Kenntnis kommen, anderen Personen, insbesondere auch den dienstlich mit der Angelegenheit nicht beschäftigten Beamten, Angestellten und Hilfsarbeitern gegenüber Verschwiegenheit und zwar auch nach Lösung des Dienstverhältnisses zu beachten haben." Eine solche Ueberspannung der Schweigepflicht läßt sie so, wie sie hier steht, gar nicht durchführen. Schon deshalb ist sie zwecklos.

Der Kassenvorstand hat natürlich keine Pflicht, auf Verlangen des Versicherungsamtes (wie es in einem Falle geschehen ist) das Schweigegebot über den gesetzlichen Rahmen hinaus zu erweitern. Auch zur Aufnahme einer Bestimmung in die Dienstordnung, die über den Inhalt der § 141, 142, 143 RVO. hinaus geht, sind die Kassen nicht verpflichtet. Es muß nicht alles reglementiert sein und man muß schon so viel Vertrauen in die Angestellten setzen, daß sie im allgemeinen das richtige Taktgefühl besitzen werden.

Aehnlich wie in den Dienstordnungen für die Angestellten festgelegt ist die Schweigepflicht der nicht der Dienstordnung unterstehenden Kassenbeamten. Wenn auch die Worte, die in der Kommissionsberatung über die Ausschaltung der Schweigepflicht der Beamten aus der RVO. nur auf die Beamten der Versicherungsbehörden und nicht auf die der Krankenkassen gemünzt waren, so sind sie doch auch für letztere zutreffend gemacht worden. Der Entwurf sei davon ausgegangen, sagte der Regierungsvertreter, daß jedem Beamten ohnehin die Pflicht obliege, über alles, was er in amtlicher Eigenschaft erfahre, Stillschweigen zu beobachten, und daß eine Verletzung dieser Pflicht disziplinarrechtlich geahndet werde. Nur diese Erwägung liege dem § 145 zugrunde und man habe nicht beabsichtigt, die Beamten zu bevorzugen. Auch aus der Mitte der Kommission heraus wurde gesagt, daß durch diese Gesetzesbestimmung keineswegs eine Ausnahme zur Begünstigung der Beamten bezweckt werde. Die für Beamte geltenden Vorschriften seien in der Regel viel schärfer als die für andere Verhältnisse zu erlassenden; hier liege daher schon in dem Beamtencharakter ein genügender Schutz, den man nicht abschwächen wolle.

In den Regulativen, die der Anstellung der Kassen**beamten** zu Grunde liegen, ist das Schweigegebot recht verschieden festgelegt. In einem solchen, in Carl Heymanns Verlag in Berlin erschienenen, also wohl als halbamtlich anzusehenden Regulativ über die Anstellung und Versorgung der Beamten der Krankenkassen in Preußen auf Grund der §§ 359 Abs. 4 und 413 Abs. 2 RVO. und des Ministerialerlasses vom 18. Februar 1914 (Hand.Min.Bl. S. 79, Arb.-Vers. 1914,

S. 186) ist die Schweigepflicht ähnlich formuliert wie in der amtlichen Dienstordnung für Kassenangestellte. In einem anderen weitverbreiteten Musterregulativ heißt es in § 17: „Ueber die Vermöge seines Amtes ihm bekannt gewordenen Angelegenheiten, deren Geheimhaltung ihrer Natur nach erforderlich oder von seinem Vorgesetzten vorgeschrieben ist, hat der Beamte Verschwiegenheit zu beachten, auch wenn das Dienstverhältnis aufgelöst ist." Diesen Wortlaut hat z. B. auch der § 8 des im Regierungsbezirk Merseburg eingeführten einschlägigen Regulativs. Auf die Umgrenzung der Schweigepflicht in diesen Regulativen trifft dasselbe zu, was wir oben zu den entsprechenden Bestimmungen der Dienstordnung sagten.

Selbstverständlich können die Mitglieder der Kassenorgane (des Vorstandes und Ausschusses) einer solchen ausgedehnten Schweigepflicht nicht unterworfen werden. Auch nicht durch etwaige Anordnungen des Versicherungsamtes. Für diese Organmitglieder bleibt es bei der Schweigepflicht, wie sie in den §§ 141, 142, 143 RVO. festgelegt ist.

3. Voraussetzungen der Schweigepflicht.

Nur jene oben unter a) und b) bezeichneten, im Gesetz festgelegten Angelegenheiten sind geheim zu halten, wenn sie dem Angestellten oder Organmitglied in „amtlicher Eigenschaft" bekannt geworden sind. Geschützt sind also nicht solche Vorgänge, von denen die bezeichneten Personen außerhalb ihrer amtlichen Tätigkeit, z. B. durch Privatpersonen oder durch dritte Personen, Kenntnis erhalten haben. Dagegen besteht die Schweigepflicht auch dann noch, wenn eine der bezeichneten Personen die amtliche Eigenschaft nicht mehr besitzt, auf Grund deren die Angelegenheit zu ihrer Kenntnis gekommen ist.

Besonders wichtig ist, daß nicht jede, sondern nur die „unbefugte" Weiterverbreitung der angegebenen Angelegenheiten verboten ist. Das ist eine sehr wesentliche Einschränkung der Schweigepflicht. „Unbefugt" etwas mitteilen heißt, gegen den ausdrücklich erklärten oder zu vermutenden Willen des Versicherten und mit dem Bewußtsein der Rechtswidrigkeit etwas verbreiten. Freilich ist der Begriff „unbefugt" sehr dehnbar und er wurde deshalb auch in der Kommissionsberatung bemängelt. Man war sich aber auch einig darüber, daß es kaum möglich sein werde, das Wort durch ein besseres zu ersetzen. Der Begriff sei dem Strafgesetzbuch (§ 300) und anderen neueren Gesetzen, z. B. dem Wettbewerbsgesetz vom Jahre 1900 entnommen. Die Rechtsprechung zu diesen Vorschriften habe bereits eine Umschreibung des Gewollten geliefert. Man werde sich auch hier darauf verlassen müssen und dürfen, daß die Auslegung des Begriffs „unbefugt" sich den praktischen Bedürfnissen anpassen wird. Die Rechtsprechung werde in jedem einzelnen Falle prüfen müssen, ob die Mitteilung oder Offenbarung eine unbefugte ist. Diese Prüfung werde überwiegende Interessen der anderen Versicherten oder dritter berücksichtigen müssen. Vom Staatssekretär des Innern wurde noch darauf hingewiesen, daß eine Mitteilung der in Frage kommenden Art jedenfalls dann befugt sei, wenn sie für die Zwecke des Gesetzes erfolge. Der Sinn des § 141 sei auch nur der, den Versicherten gegen unbefugte, sich auf seine Person beziehende Mitteilungen der gedachten Art an Dritte zu schützen. Soweit etwa darüber hinaus eine Verwertung der Feststellungen über Krankheiten Versicherter und deren Ursachen im allgemeinen Interesse der Versicherten wünschenswert sei, werde sich meist ein Weg finden lassen, der die Strafbarkeit vermeide. Werde beispielsweise anläßlich der Erkrankung eines Versicherten eine Verletzung gewerbepolizeilicher Vorschriften durch den Unternehmer festgestellt, so werde die Mitteilung dieser Tatsache ohne Nennung des Versicherten an den Gewerbeaufsichtsbeamten sehr wohl möglich sein. Ebenso könne, wenn durch Erkrankungen Versicherter die Gesundheitsgefährlichkeit eines Betriebes festgestellt werde, diese Feststellung vielleicht in einer Statistik ohne Nennung von Namen ohne Verletzung des § 141 verwendet werden.

Man darf natürlich erwarten, daß auch eine Verfolgung wegen der Verletzung der weitergehenden, in den Dienstordnungen usw. vorgesehenen Schweigepflicht nur eintritt, wenn die gleichen Voraussetzungen vorliegen, also insbesondere die Offenbarung eine „unbefugte" war usw.

4. Strafen bei Verstoß gegen die Vorschriften.

Die gerichtliche Strafverfolgung wegen des Verstoßes gegen die gesetzlichen Vorschriften tritt (von dem noch zu erörternden Ausnahmefall abgesehen) nur auf Antrag ein. Der Antrag muß innerhalb drei Monaten von dem Tage an gestellt werden, seit dem der zum Antrag Berechtigte von der Handlung und der Person des Täters Kenntnis gehabt hat. Die Zurücknahme eines einmal gestellten Antrages ist nicht zulässig, § 64 Strafgesetzbuches.

Handelt es sich um die unbefugte Offenbarung einer Krankheit usw. eines Versicherten (§ 141), so hat das Recht zum Strafantrag nur der Versicherte selbst oder die Aufsichtsbehörde der Kasse, also das Versicherungsamt. Der Aufsichtsbehörde ist das Antragsrecht eingeräumt worden, weil der Versicherte vielfach von der unmittelbaren Stellung des Antrags Nachteile befürchten wird (Kom.Ber. I, S. 242). Die Strafverfolgung wegen der Offenbarung von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen (§ 142 Abs. 1) tritt nur auf Antrag des Unternehmers ein. Geschieht indes das Vergehen, um den Betriebsunternehmer zu schädigen oder sich oder anderen einen Vermögensvorteil zu verschaffen (§ 142 Abs. 2), so kann die Strafverfolgung auch ohne Antrag des Unternehmers im „öffentlichen Interesse erfolgen. Die Strafe ist im Falle des § 141 Geldstrafe bis 1500 M. oder Gefängnis bis zu drei Monaten, im Falle des § 142 Abs. 1 gleichfalls Geldstrafe bis 1500 M. oder Gefängnis ohne besondere Höchstgrenze, also bis zu fünf Jahren, (§ 16 Straf.G.B.). Im Falle des § 142 Abs. 2 muß auf Gefängnisstrafe (bis zu fünf Jahren) und daneben kann noch auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte und auf Geldstrafe bis zu 3000 Mark erkannt werden. Es handelt sich bei allen diesen „Vergehen" um solche im Sinne des § 1 des Strafgesetzbuches. Zuständig zur Aburteilung sind die Strafkammern (§ 73 des Ger.Verf.Ges.). Nicht die bloße Verletzung, sondern die unbefugte Verwertung von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen betrifft eine besondere Strafvorschrift in § 143 RVO.

Was das Strafmaß anbetrifft, so sagte der Regierungsvertreter in den Kommissionsberatungen ausdrücklich, daß Besorgnisse unbegründet seien, da „die Gerichte geneigt seien, niedrigere Strafen zu verhängen." In dem Falle, in dem das Gesetz nur Freiheitsstrafe vorsieht (bewußte Schädigung eines Betriebsunternehmers) kann bei Vorliegen mildernder Umstände nur auf Geldstrafe erkannt werden (§ 144).

Hat ein Kassenangestellter sich des Bruchs der Schweigepflicht schuldig gemacht, so kann unabhängig von der Verfolgung durch die Strafgerichte und neben dieser die Bestrafung auf dem Verwaltungswege auf Grund der Dienstordnung eintreten, natürlich nur insoweit der Angestellte dieser Dienstordnung untersteht. Die amtliche Musterdienstordnung (siehe oben) sieht bei Dienstvergehen von geringerer Erheblichkeit Ordnungsstrafen (Verwarnung, Verweis, Geldstrafe bis zum Betrage des einmonatigen Diensteinkommens) vor. Bei groben Dienstvergehen hat Dienstentlassung zu erfolgen. Als solches grobes Dienstvergehen wird in § 27 mit aufgeführt „schwere Verletzung des Dienstgeheimnisses". Es ist für die Angestellten sehr nachteilig, daß dieser Begriff nicht näher begrenzt ist. Der Mangel kann zu Willkürlichkeiten führen. Es sollte, wie es ganz mit Recht die Musterdienstordnung des Tarifamtes in § 11 sagt, eine schwere Verletzung des Dienstgeheimnisses nur vorliegen, wenn es sich um ein schweres Vergehen gegen die §§ 141, 142, 143 RVO. handelt.

Wegen der Verletzung der Schweigepflicht, wie sie in der Dienstordnung umschrieben ist, kann natürlich das strafrechtliche Verfahren nur durchgeführt werden, wenn es sich dabei

um einen Verstoß gegen die §§ 141, 142, 143 RVO. handelt.

Die Ueberwachung der Einhaltung der Vorschriften über die Dienstverschwiegenheit, wie sie in der Dienstordnung geschrieben steht, ist lediglich Sache des Kassenvorstandes. Allerdings erstreckt sich die Aufsicht, die das Versicherungsamt nach § 377 RVO. auszuüben hat, auch auf die Beobachtung der Dienstordnung. Das Versicherungsamt hat sich aber immerhin bei vermeintlichen Verstößen an den Kassenvorstand zu halten, der seinerseits für die Einhaltung der Vorschriften zu sorgen hat und der insoweit die Verantwortung trägt. Die Hilfsarbeiter und Angestellten, für die nach § 351 RVO. die Dienstordnung gilt, unterstehen nur der Dienstaufsicht des Kassenvorstandes. Nur Streitigkeiten, die sich hieraus zwischen dem Angestellten und dem Kassenvorstand ergeben, sind (§ 29 der amtlichen Musterdienstordnung) vom Beschlußausschuß des Versicherungsamtes zu entscheiden.

Nach dem halbamtlichen Regulativ über die Anstellung der „Beamten" in Preußen sollen diese auch, wie oben dargelegt, Verschwiegenheit über die Angelegenheiten beobachten, deren Geheimhaltung ihnen „durch Anordnung der Vorgesetzten" vorgeschrieben ist. Wer sind nun die Vorgesetzten der Beamten? Nach demselben Regulativ hat (§ 26) „außer" dem Vorstand der Kasse der Landrat oder Bürgermeister des Kassenbezirks „das Recht der Dienstaufsicht über die sämtlichen Beamten der Kasse." Nach dem im Regierungsbezirk Merseburg eingeführten Regulativ hat das Dienstaufsichtsrecht der zuständige Bürgermeister, „daneben ist der Vorsitzende des Vorstandes innerhalb des Geschäftsbereichs Dienstvorgesetzter." Hiernach haben also in der Regel die Beamten tatsächlich auch mehrere Vorgesetzte, und zwar können diese im Verhältnis zu einander recht verschiedener Art und Anschauungen sein und sie können recht verschiedenes anordnen. Welchem der Vorgesetzten ist dann zu entsprechen? Wir möchten die Anschauung vertreten, daß in dem hier berührten Punkte der Beamte nur die Anordnungen zu befolgen hat, die gemeinsam, übereinstimmend, von beiden Vorgesetzten erteilt werden. Einseitigen Anweisungen braucht er nicht zu folgen. Das ergibt sich aus der ganzen Formulierung der Vorschrift im Regulativ.

Die amtliche Musterdienstordnung wie auch das amtliche Regulativ über die Anstellung der „Beamten" der Krankenkassen sehen eine Pflicht zur Verschwiegenheit „auch nach Lösung des Dienstverhältnisses" vor. Wie eine Verletzung dieser Schweigepflicht geahndet werden soll, ist nicht recht ersichtlich. Soweit es sich um einen Verstoß gegen die §§ 141, 142, 143 RVO. handelt, wird das strafrechtliche Verfahren auch nach Lösung des Angestelltenverhältnisses noch durchgeführt werden können. Soweit es sich aber um die Verletzung eines Schweigegebots handelt, das nur durch die erwähnten Ordnungen und Regulativen begründet ist und das nur mit disziplinarischen Mitteln verfolgt werden kann, hört doch die Möglichkeit auf, eine Strafe zu verhängen, wenn die Anstellung aufgehört hat. Es sei denn, daß es sich um Vergehen handelt, die auf Grund anderer Gesetze verfolgt werden können, wie Beleidigung, oder daß zivilrechtliche Ansprüche wegen Bruchs der Schweigepflicht in Frage stehen, für die der schuldige Angestellte und sogar noch seine Erben haften, z. B. Ansprüche auf Schadenersatz usw.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Handwerksmeister als Kassierer eines Vorschußvereins, nicht versicherungspflichtig.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 15. April 1915.

Der Schmiedemeister E. Z. übt in W. das Schmiedehandwerk aus und erzielt aus dieser Tätigkeit durchschnittlich eine Jahreseinnahme von etwa 3000—4000 M. Nebenher bekleidet er in dem Vorschußverein zu W., einer eingetragenen Genossenschaft m. b. H., die Stelle des Kassierers. Der Kassierer des Vorschußvereins ist Mitglied des aus drei Personen (dem Direktor, Kassierer und Kontrolleur) bestehenden Vorstandes und wird in der Generalversammlung der Genossen auf drei Jahre gewählt; seine Wiederwahl ist zulässig. Als Vorstandsmitglied nimmt der Kassierer an der Vertretung des Vereins und an der Führung der Vereinsgeschäfte teil; außerdem sind ihm die folgenden besonderen Obliegenheiten nach den Statuten zugewiesen: Er hat die Kasseneingänge zu übernehmen und sicher aufzubewahren, er hat über alle Einnahmen und Ausgaben sowie über die sonstigen Kassengeschäfte die erforderlichen Bücher und Listen zu führen, ferner hat er unter Mitwirkung des Kontrolleurs die dem Aufsichtsrat vorzulegenden Kassenberichte und Monatsberichte nebst der Bilanz anzufertigen und die Aufstellung der Jahresrechnung vorzunehmen. Der Kassierer kann ebenso wie jedes andere Vorstandsmitglied durch Beschluß der Generalversammlung seines Amtes enthoben werden und muß dem Verein Sicherheit leisten, er erhält aus der Vereinskasse eine Besoldung, deren Höhe in dem Anstellungsvertrage jedesmal vereinbart wird.

Z. bezieht als Kassierer ein jährliches Gehalt von 1200 M. und ist durchschnittlich täglich 2—4 Stunden für den Verein tätig. Z. ist mit einem Jahreseinkommen von 6000 bis 6500 M. zur Einkommensteuer veranlagt.

Nach den vorstehenden tatsächlichen Feststellungen übt Z. zwei Erwerbstätigkeiten aus: einmal das Schmiedehandwerk und sodann die Tätigkeit als Kassierer des Vorschußvereins. Seine Tätigkeit als Schmiedemeister ist als selbständige Erwerbstätigkeit versicherungsfrei. In seiner Eigenschaft als Kassierer des Vorschußvereins ist Z. Mitglied des Vorstandes dieses Vereins und gehört als solches zu den gesetzlichen Vertretern des Vereins. Als Vorstandsmitglied einer Genossenschaft rechnet er zu den Angestellten in leitender Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 Angest.Vers.Ges. Als Handlungsgehilfe ist er nach der Judikatur der ordentlichen Gerichte nicht anzusehen; diese ist aber auch für den Rentenausschuß maßgebend, denn bei Beratung des Gesetzes ist ausdrücklich betont worden, daß an dem zivilrechtlichen Begriff des Handlungsgehilfen durch das Angestelltenversicherungsgesetz nichts geändert werden solle. Als Angestellter in leitender Stellung ist Z. aber nur dann versicherungspflichtig, wenn seine Beschäftigung den Hauptberuf bildet. Diese Voraussetzung ist bei ihm nicht gegeben. Bei dem Zusammentreffen einer versicherungsfreien Tätigkeit mit einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ist die letztere in der Regel nur dann als Hauptberuf anzusehen, wenn sie die versicherungsfreie Tätigkeit in bezug auf Arbeitszeit und Arbeitsentgelt überragt oder aber für die Lebensstellung des Angestellten maßgebend ist. Im vorliegenden Falle tritt aber die Beschäftigung als Kassierer des Vorschußvereins in den beiden ersten Punkten erheblich hinter dem Schmiedehandwerk des Z. zurück und kann auch nicht als maßgebend für seine Lebensstellung erachtet werden.

Demgemäß war die Versicherungspflicht des Angestellten Z. zu verneinen.

Im Spruchverfahren über einen Ersatzanspruch nach § 1540 RVO. ist über alle Voraussetzungen, auch über die Versicherungspflicht zu entscheiden.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 18. Januar 1916.

In der vorliegenden Sache handelt es sich nicht, wie das Versicherungsamt der Stadt Harburg annimmt, um einen Streit zwischen dem Annoncen-Akquisiteur F. und der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt L. über das Krankenversicherungsverhältnis des F. Vielmehr ist der Ausgangspunkt des Streites der gegen die genannte Kasse gerichtete Anspruch der Armenverwaltung der Stadt H. auf Erstattung von Aufwendungen, die durch die Verpflegung des F. im Krankenhause entstanden sind. Es ist also ein Ersatzanspruch nach § 1531 RVO. geltend gemacht, über den gemäß § 1540 im Spruchverfahren zu entscheiden ist. Allerdings bildet die Voraussetzung eines solchen Ersatzanspruchs, daß der unterstützte Hilfsbedürftige selbst einen Anspruch nach der Reichsversicherungsordnung hatte oder noch hat. Bei Erörterung dieser Frage ist unter den Beteiligten streitig geworden, ob die Tätigkeit des F. überhaupt der Krankenversiche-

rungspflicht unterlag. Wäre diese Frage selbständig zu entscheiden, so müßte die Entscheidung im Verfahren nach § 405 Abs. 2 a. a. O. herbeigeführt werden. Denn es läge dann ein Streit über das Versicherungsverhältnis vor. Da die Frage aber im Rahmen eines Spruchverfahrens über einen Ersatzanspruch streitig geworden ist, muß über sie in diesem Verfahren zugleich mit entschieden werden (zu vgl. Entsch. 1980 und Rev.Entsch. 2018, Amtl. Nachr. 1915 S. 385 und 511). Was in der letzteren Entscheidung von einem Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung gesagt ist, muß gleichermaßen auch von einem Ersatzanspruch gelten. Denn auch im Verfahren über einen solchen ist grundsätzlich über sämtliche Voraussetzungen des Anspruchs selbständig zu entscheiden.

Die Zuständigkeit für die Entscheidung von Ersatzansprüchen nach §§ 1531, 1540 RVO. ist in § 1774 in Verbindung mit § 1771 a. a. O. geregelt. Zuständig ist nach § 1774 das Versicherungsamt, in dessen Bezirk der Versicherte wohnt oder beschäftigt ist. Da F. in H. wohnt, ist die Zuständigkeit des Versicherungsamtes dieser Stadt begründet.

B. Zur Krankenversicherung.

Ergänzungswahlen zu den Kassenorganen.

Bescheid des preuß. Ministers für Handel usw. vom 26. November 1915 (5007 III).

Nach den bestehenden Vorschriften ist es nicht zulässig, daß der Vorsitzende des Versicherungsamts Vorstands- oder Ausschußmitglieder oder ihre Ersatzmänner ernennt. § 2 der Bundesratsverordnung vom 12. August d. J. (RGBl. S. 497) gilt nicht für die Krankenkassen. § 379 Abs. 2 RVO. findet nur Anwendung, falls ein Kassenorgan sich weigert, die ihm obliegenden Geschäfte auszuführen.

Wenn der Vorstand oder der Ausschuß einer Krankenkasse nicht mehr in der Lage ist, gültige Beschlüsse zu fassen, weil nicht eine genügende Anzahl von Mitgliedern und Ersatzmännern in den Gruppen der Arbeitgeber und der Versicherten zur Verfügung steht, so müssen Ergänzungswahlen vorgenommen werden, weil es bei der Beschlußfähigkeit der Kassenorgane nicht sein Bewenden behalten kann. Sofern eine Gruppe im Vorstand oder Ausschuß der Ergänzung nicht bedarf, um die Beschlußfähigkeit des Kassenorgans sicherzustellen, kann von der Wahl für diese Gruppe abgesehen werden.

Bei der Ergänzungswahl für eine Gruppe werden so viele Ersatzmänner zu wählen sein, als die Gruppe nach der Satzung Mitglieder zählt.

Die Reihenfolge, in der die neu gewählten Ersatzmänner zu den Kassengeschäften heranzuziehen sind, richtet sich nach denjenigen Bestimmungen der Wahlordnung oder der Satzung, die für die Reihenfolge der auf Grund der Hauptwahl zu berufenden Mitglieder und Ersatzmänner gelten (vgl. Musterwahlordnung für Allgemeine Ortskrankenkassen § 19, Mustersatzung für Landkrankenkassen § 82 Abs. 2). In der Ergänzungswahl gewählte und gültig vorgeschlagene, nicht gewählte Bewerber können erst dann einberufen werden, wenn die nach dem Ergebnis der Hauptwahl einzuhaltende Reihenfolge erschöpft ist.

Die Wahlzeit der neu Gewählten läuft mit der Wahlzeit der in der Hauptwahl Gewählten ab.

Anwendung des § 439 RVO. auf Dienstmädchen in einem Diakonissen-Krankenhause.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. Dezember 1915 (I 23 714/14).

Wie das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2056 (Amtl. Nachr. 1915 S. 594) ausgesprochen hat, können Dienstboten auch von juristischen Personen beschäftigt werden. Ist der Arbeitgeber eine juristische Person, so kommt es darauf an, ob der zur Dienstleistung Verpflichtete mit Angestellten des Arbeitgebers in häuslicher Gemeinschaft lebt (zu vgl. die bezeichnete Entscheidung). Das ist hier der Fall, da jedenfalls eine Hausgemeinschaft zwischen den Dienstmädchen und den im Krankenhause tätigen Schwestern besteht. Auch sonst sind die Voraussetzungen des Dienstbotenbegriffes erfüllt, weil die Mädchen häusliche Arbeiten zu leisten haben und ihre Dienste sich als ungemessene darstellen (zu vgl. § 1 der hier maßgeblichen Preuß. Gesindeordnung vom 8. November 1810, sowie die Entsch. des Reichsversicherungsamts 1920, Amtl. Nachr. 1914 S. 770). Die Mädchen sind demnach als Dienstboten im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen. Daraus folgt jedoch nicht, daß der Wert der ihnen zustehenden freien Wohnung und Verpflegung unbedingt nach dem Satze für Dienstboten zu berechnen ist. § 439 RVO. schreibt vor: Werden Dienstboten auch in dem Betrieb oder anderem Erwerbsgeschäft des Dienstberechtigten beschäftigt, so ist diese Beschäftigung für ihre Versicherung und die Ansprüche maßgebend, die sie nach Gesetz oder Satzung gegen den Arbeitgeber in Krankheitsfällen haben, sofern sie nicht für sich allein nach § 168 versicherungsfrei ist."

Unter „Betrieb" im Sinne dieser Vorschrift ist, abgesehen von landwirtschaftlichen Betrieben, nur ein gewerblicher Betrieb zu verstehen (vgl. die bezeichnete Entsch. 2056). Ob das Unternehmen der Anstalt des Diakonissen- und Krankenhauses, soweit es auf entgeltliche Krankenpflege gerichtet ist, einen Gewerbebetrieb bildet, kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls stellt sich das Unternehmen insoweit als ein anderes Erwerbsgeschäft im Sinne des § 439 a. a. O. dar. Darunter ist jede auf einige Dauer berechnete Tätigkeit zu verstehen, die als Einnahmequelle dient, mag der Erwerb auch nicht Hauptzweck sein (vgl. auch Hahn, Handb. der Kr.Vers., 8. und 9. Aufl., Anm. 2a zu § 439 RVO.). Diese Begriffsbestimmung trifft für die von der Anstalt des Diakonissen- und Krankenhauses geübte entgeltliche Krankenpflege zu. Die Anstalt erzielt daraus erhebliche Einnahmen, die in den Jahren 1912 und 1913 etwa ¾ sämtlicher Einnahmen betragen. Daß der Hauptzweck der Anstalt nicht in der Erzielung von Erwerb besteht, ist, wie dargelegt, unerheblich. Soweit die Dienstmädchen in dem auf entgeltliche Krankenpflege gerichteten Unternehmen der Anstalt beschäftigt sind, ist daher nach § 439 RVO. diese Beschäftigung, nicht die als Dienstbote für ihre Versicherung maßgebend, es sei denn, daß jene Tätigkeit für sich allein nach § 168 RVO. in Verbindung mit der auf Grund dieser Vorschrift erlassenen Bekanntmachung vom 17. November 1913, betreffend die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht (Amtl. Nachr. 1913 S. 802) versicherungsfrei ist (vgl. Entsch. 2010, Amtl. Nachr. 1915 S. 457). Insoweit ist demnach der Wert der den Dienstmädchen zustehenden Wohnung und Verpflegung nicht nach dem Satze für Dienstboten, sondern nach dem für sonstige Arbeiterinnen zu veranschlagen.

Außerhalb des Erfüllungsorts kann weder Krankenpflege noch deren Ersatz nach § 193 Abs. 3 RVO. gefordert werden.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) vom 1. September 1915 (II 110 786/14).

Mit Unrecht nehmen die Kasse und die Vorinstanzen an, daß die Zahlung des halben Krankengeldes nach § 24 der Satzung (§ 193 Abs. 3 RVO.) lediglich ein Recht der Kasse sei. Wie das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2048 (Amtl. Nachr. 1915 S. 583) ausgeführt hat, ist zwar die Aufnahme einer dem § 193 Abs. 3 RVO. entsprechenden Bestimmung in die Satzung der Entschließung der Kasse überlassen, die Anwendung der Bestimmung im Einzelfall aber dem Ermessen des Vorstandes entzogen; die Bestimmung ist vielmehr stets gleichmäßig anzuwenden. Gleichwohl ist der Anspruch der Klägerin auf Zahlung des halben Krankengeldes nicht unter allen Umständen begründet. Erkrankt ein Versicherter, so erwirbt er damit an sich den Anspruch auf die Kassenleistungen, also auch auf Krankenpflege. Der Erfüllungsort für den letzteren Anspruch ist jedoch, von einigen hier nicht in Betracht kommenden Ausnahmen abgesehen, lediglich der Kassenbezirk (vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. 8. und 9. Aufl., Anm. 10a zu § 182 RVO., Hoffmann, Komm. 5. Aufl. Anm. 3 zu § 182). Denn als örtlich begrenzte Einrichtungen können die Kassen naturgemäß nicht überall, sondern regelmäßig nur in ihrem Bezirke die für die Krankenpflege erforderlichen Einrichtungen, wie Vereinbarungen mit Aerzten, Apothekern usw., treffen. Auch darf es einem erkrankten Versicherten nicht frei stehen, einseitig die Rechtslage der Kasse zu deren Ungunsten zu erschweren. Daraus ergibt sich, daß ein erkrankter Versicherter grundsätzlich den Anspruch auf Krankenpflege verliert, wenn er ohne Genehmigung der Kasse den Kassenbezirk verläßt (vgl. § 6 Abs. 2 der Krankenordnung der beklagten Kasse, sowie Hahn a. a. O. und die von ihm angeführten Entscheidungen, insbesondere des Herzogl. Braunschw. Verwaltungsgerichtshofes vom 21. November 1905, Arb.-Vers. 1906 S. 618, und des Kgl. Württemb. Verwaltungsgerichtshofes vom 9. November 1910 a. a. O. 1911 S. 422). Da bei Satzungsbestimmungen nach § 193 Abs. 3 RVO. der Anspruch auf das halbe Krankengeld an Stelle des Anspruchs auf Krankenpflege tritt, hat das eigenmächtige Verlassen des Kassenbezirkes auch den Verlust dieses Anspruches zur Folge (vgl. Hahn a. a. O. Anm. 5 zu § 193 RVO.). Daran ändert im vorliegenden Falle auch der Umstand nichts, daß die Kasse gegen die Klägerin wegen Verstoßes gegen die Krankenordnung, der in verspäteter Krankmeldung bestand, eine Ordnungsstrafe festgesetzt hat. Mit Unrecht beruft sich das Oberversicherungsamt zur Begründung seiner gegenteiligen Ansicht auf die Entsch. 1810 (Amtl. Nachr. 1914 S. 382). Dort ist nur ausgesprochen, daß die Satzung einer Kasse für einen Verstoß gegen die Krankenordnung außer einer Ordnungsstrafe nicht zugleich eine Kürzung satzungsmäßiger Leistungen androhen darf. Um einen solchen Fall handelt es sich hier nicht, da das eigenmächtige Verlassen des Kassenbezirks schon kraft Gesetzes den Verlust des Anspruchs auf das halbe Krankengeld zur Folge hat. Daneben ist die Verhängung einer Ordnungsstrafe wegen verspäteter Krankmeldung unbedenklich zulässig.

Da die Kasse die Behauptung der Klägerin, sie sei erst in P. erkrankt, bestreitet, bedarf der

Sachverhalt weiterer Klarstellung. Die Sache war daher unter Aufhebung des auf Rechtsirrtum beruhenden Urteils des Oberversicherungsamts an dieses zurückzuverweisen. Das Oberversicherungsamt wird zu beachten haben, daß es sich nur um die Frage handelt, ob der Anspruch der Klägerin auf das halbe Krankengeld begründet ist. Ein Anspruch auf Ersatz der Kosten für ärztliche Behandlung usw. steht der Klägerin nicht zu, da bei freiwilligen Kassenmitgliedern, die sich nicht im Bezirke der Kassenärzte aufhalten, nach § 24 der Satzung an Stelle der Krankenpflege das halbe Krankengeld tritt.

Auch Invalidenrentner können Anspruch auf Krankengeld haben.

Entsch. des Reichsversicherungsamts
2. Rev.-Sen. vom 12. Oktober 1915.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nach § 1693 RVO. sind gegeben. Denn es handelt sich um einen Unterstützungsfall, in dem die Revision nach § 1695 Nr. 2 ausgeschlossen ist, und um die Entscheidung der grundsätzlichen Rechtsfrage, ob Empfängern von Invalidenrenten ohne weiteres Krankengeld zu versagen sei. Diese Frage ist zu verneinen. Das Königl. Sächs. Oberverwaltungsgericht hat unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes in einer Entscheidung vom 25. Mai 1911 (Arb.-Vers. 1912 S. 393) allerdings ausgesprochen, daß dauernd erwerbsunfähige — gemeint sind im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes erwerbsunfähige — Kassenmitglieder, welche die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen, bei neuerlicher Erkrankung kein Krankengeld fordern können. Da die Begriffe Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 182 RVO. und Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 6 KVG. gleichbedeutend sind (Entsch. 1987, Amtl. Nachr. 1915 S. 425), so würde hieraus, falls der Ansicht des Königl. Sächs. Oberverwaltungsgerichts beizutreten wäre, zu folgern sein, daß ein Versicherter Krankengeld nach der Reichsversicherungsordnung nicht beanspruchen kann, wenn er vor Eintritt der Erkrankung schon völlig arbeitsunfähig gewesen ist. In diesem hohen Grade ist aber der Kläger durch sein Nervenleiden, die Ursache der Invalidität, vor seiner neuerlichen Erkrankung, die einen selbständigen Unterstützungsfall bildet, nicht in der Arbeitsfähigkeit beschränkt gewesen. Sein tatsächlicher Verdienst, der bei seinen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht als völlig belanglos angesehen werden kann, läßt vielmehr erkennen, daß ihm noch ein wenn auch nur geringes Maß von Arbeitsfähigkeit geblieben war. Bei dieser Sachlage brauchte hier zu der von dem Königl. Sächs. Oberverwaltungsgericht entschiedenen strittigen Fragen keine Stellung genommen zu werden. Im übrigen kann aus dem Umstand, daß ein gegen Krankheit Versicherter die reichsgesetzliche Invalidenrente bezieht, nicht gefolgert werden, er sei völlig arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung. Denn die Begriffe „Invalidität" im Sinne des § 1255 RVO. und „Arbeitsunfähigkeit" im Sinne des § 182 Nr. 2 decken sich nicht (zu vgl. insbesondere die Begründung zum Gesamtentwurf der Reichsversicherungsordnung S. 22). Arbeitsunfähig ist, wer nicht oder doch nur mit Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, fähig ist, in seinem bisherigen Berufe weiterzuarbeiten. Invalide ist, wer unter Berücksichtigung des gesamten, ihm zugänglichen wirtschaftlichen Erwerbsgebiets, nicht mehr das gesetzliche Lohndrittel verdienen kann (zu vgl. auch Rev.Entsch. 1877, Amtl. Nachr. 1914 S. 631). Invaliden wird häufig noch ein Rest von Arbeitsfähigkeit verblieben sein, den sie wirtschaftlich verwerten können. Sie sind dann, wenn sie wie vorliegend nach Berufswechsel eine Erwerbstätigkeit ausüben, nicht mehr arbeitsunfähig zu vgl. auch Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 6a zu § 182 RVO.). Deshalb steht ihnen auch, wenn sie, sei es als versicherungspflichtige, sei es als freiwillige Kassenmitglieder, gegen Krankheit versichert sind, nach Eintritt eines neuen Unterstützungsfalls ein Anspruch auf die vollen Versicherungsleistungen nach § 182, also grundsätzlich auch auf das Krankengeld zu. Daß infolge Invalidität oder aus anderen Ursachen auf die Dauer nur zu einem geringen Teile Arbeitsunfähige als solche nicht ohne weiteres von der Krankenversicherung ausgeschlossen sind, ergibt sich auch aus § 173 RVO. Danach können sie auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, solange der vorläufig unterstützungspflichtige Armenverband einverstanden ist. Ferner folgt aus § 423 Abs. 1, daß der Gesetzgeber von der Auffassung ausgeht, der Bezug einer reichsgesetzlichen Rente, insbesondere einer Invalidenrente, schließe die Versicherung gegen Krankheit und beim Eintritt eines Unterstützungsfalls den Bezug des Krankengeldes nicht aus. Nach § 423 Abs. 1 kann die Satzung einer Landkrankenkasse mit Zustimmung des Oberversicherungsamts bestimmen, daß Versicherte, denen auf Grund der Reichsversicherung eine dauernde jährliche Rente mindestens im dreihundertfachen Betrage des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes gewährt ist, kein Krankengeld erhalten. Einer solchen Vorschrift hätte es nicht bedurft, wenn Empfängern von Invalidenrenten beim Eintritt eines Unterstützungsfalls das Krankengeld ohne weiteres zu versagen wäre. Hiernach konnte sich der Kläger, der nicht völlig arbeitsunfähig gewesen ist, mit der Wirkung bei der Kasse nach § 313 weiterversichern, daß er

bei Eintritt des neuen Unterstützungsfalls nicht nur Krankenpflege, sondern auch Krankengeld beanspruchen konnte. Die Berufung der Kasse war somit zurückzuweisen.

Kann ein verheiratetes Kassenmitglied seine Zustimmung zur Krankenhauspflege jederzeit zurückziehen?

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts Remscheid** vom 26. Mai 1915; b) des **Oberversicherungsamts Düsseldorf** vom 23. September 1915.

a)

Im vorliegenden Falle ist die Frage streitig, ob der Kläger durch das eigenmächtige Verlassen des Krankenhauses seine Kassenansprüche verwirkt hat. Unbestritten war er, als die Beklagte die Krankenhausbehandlung anordnete, Mitglied seiner hier wohnhaften Familie. Infolgedessen bedurfte die Krankenhausbehandlung gemäß § 184 Abs. 1 RVO. seiner Zustimmung und lagen keine der im Abs. 2 a. a. O. angeführten Voraussetzungen vor, welche die Zustimmung entbehrlich machte. Die Beklagte war mithin nicht berechtigt, ohne weiteres an Stelle der Verpflegung und des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Krankenhause zu gewähren, weshalb aus der verweigerten Annahme der Krankenhauspflege keine Nachteile entstehen konnten. Wenn er aber trotzdem die angeordnete Krankenhausbehandlung angenommen hat, so ist hieraus nicht die Zustimmung zu schließen, daß er für die ganze Dauer der Krankheit im Krankenhause bleiben und sein Bestimmungsrecht für anderweitige Fürsorge vergeben wollte. Es ist anerkannter Rechtsgrundsatz, daß Verpflichtungserklärungen nicht ausdehnend auszulegen sind, vielmehr so, wie sie dem Verpflichteten am wenigsten lästig sind. Bei diesem Grundsatz kann man aus der Zustimmung des Kranken zur Krankenhauspflege nur ein einstweiliges Einverständnis herleiten, daß statt der Krankenpflege und des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt wird. Das eigenmächtige Verlassen des Krankenhauses kann daher im vorliegenden Falle der Beklagten nicht das Recht zur Versagung der Krankenunterstützung geben.

b)

Das Oberversicherungsamt ist der Vorentscheidung aus den darin aufgeführten Gründen beigetreten, weshalb der Berufung der Erfolg versagt werden mußte.

C. Zur Unfallversicherung.

Versicherungsleistungen an feindliche Ausländer. Rekurs bei Einstellung einer vorläufigen Rente.

Rek.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 15. Dezember 1915 (Ia 1412/15).

Der in Leipzig wohnhafte russische Staatsangehörige D. erlitt am 8. Dezember 1913 daselbst einen Unfall und bezog hierfür die „vorläufige" Vollrente. Diese wurde von der Berufsgenossenschaft eingestellt, da D. als Angehöriger eines Landes, mit dem sich das Deutsche Reich im Kriegszustande befinde, einen Anspruch auf die Wohltaten der Unfallversicherung nicht habe. Auf Berufung des D. verurteilte das Oberversicherungsamt die Berufsgenossenschaft zur Weiterzahlung der Rente. Der von der Berufsgenossenschaft eingelegte Rekurs ist zurückgewiesen worden aus folgenden G r ü n d e n:

Die Zulässigkeit des Rekurses unterliegt keinen Bedenken, wenngleich es sich um die Einstellung einer vorläufigen Rente handelt. Das Reichsversicherungsamt hat bereits wiederholt ausgesprochen, daß die Entziehung einer vorläufigen Rente als Versagung der Dauerrente nicht unter den § 1700 Nr. 7 RVO. fällt (zu vgl. die Rek.Entsch. 2758 und 2819, Amtl. Nachr. 1914 S. 757 und 1915 S. 612). Die gleichen Gründe greifen für den vorliegenden Fall der Einstellung einer vorläufigen Rente Platz, die sachlich einer Rentenentziehung gleichkommt. Wenn man aber auch davon ausgehen wollte, daß es sich, was allerdings in dem angefochtenen Endbescheid nicht zum deutlichen Ausdruck gekommen ist, um eine zeitlich, nämlich auf die Dauer des Krieges beschränkte Renteneinstellung handelt, so ist gleichwohl die Zulässigkeit des Rekurses aus allgemeinen Erwägungen zu bejahen. Die Verhandlungen der Reichstagskommission über den Entwurf der Reichsversicherungsordnung lassen klar erkennen, daß zur Erreichung der als notwendig erkannten Entlastung des Reichsversicherungsamts der Rekurs lediglich in untergeordneten Streitfragen hat eingeschränkt und insbesondere durch die dem § 1700 Nr. 7 entsprechende Vorschrift nur Streitigkeiten über den Jahresarbeitsverdienst und den Grad der Erwerbsunfähigkeit der endgültigen Entscheidung des Oberversicherungsamts haben unterstellt werden sollen. Dagegen hat es dem Gesetzgeber ferngelegen, die Rekursinstanz von der Entscheidung wichtiger Streitfragen, noch dazu rechtlicher Natur, auszuschließen (zu vgl. Komm.Ber. VI S. 92 ff.; Rek.Entsch. 2789, Amtl. Nachr. 1915 S. 403). An dieser einschränkenden Auslegung des § 1700 Nr. 7 ist festzuhalten.

Das Rechtsmittel ist aber in der Sache unbegründet. Die Reichsversicherungsordnung geht von dem Grundsatze aus, daß für die Ansprüche aus dem Gesetze ein Unterschied zwischen Inländer

und Ausländer nicht zu machen ist. Diese Regel hat ihren bestimmten und wiederholten Ausdruck in den §§ 216, 596, 615, 617 (950, 955), 1116, 1117, 1233, 1268, 1313, 1316, 1317 RVO. gefunden, die alle grundsätzlich den Ausländer versicherungsrechtlich ebenso behandeln wie den Inländer. Insbesondere sprechen die §§ 615 Nr. 3 und 4, 955, 1116 Nr. 3 im Bereiche der Unfallversicherung das Ruhen der Rente nur für solche Ausländer aus, die sich freiwillig gewöhnlich im Auslande aufhalten oder wegen Verurteilung in einem Strafverfahren aus dem Reichsgebiet ausgewiesen worden sind. Den Fall, daß im Auslande deutschen Staatsangehörigen die gleiche versicherungsrechtliche Behandlung versagt wird, hat § 158 RVO. ausdrücklich vorgesehen. Hiernach kann der Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats anordnen, daß gegen Angehörige eines ausländischen Staates und ihre Rechtsnachfolger ein Vergeltungsrecht angewendet wird. Ein Unterschied zwischen Friedens- und Kriegszeit ist in dieser grundlegenden Vorschrift nicht gemacht und kann in das Gesetz nicht hineingetragen werden. Es kann daher mit der beklagten Berufsgenossenschaft unterstellt werden, daß deutschen Arbeitern im feindlichen Auslande während des Krieges ihre etwaigen versicherungsrechtlichen Ansprüche entzogen werden. Entscheidend bleibt in jedem Falle, daß die unterschiedliche Behandlung von Ausländern im Deutschen Reiche die Ausübung eines Wiedervergeltungsrechts darstellen würde, das den Gerichten durch die angeführte, dem Artikel 31 Einf.Ges. zum Bürgerlichen Gesetzbuch nachgebildete und auch dem § 5 Abs. 2 der Konkursordnung und dem § 24 Einf.Ges. zur Zivilprozeßordnung vom 17. Mai 1898 entsprechende Vorschrift ausdrücklich entzogen worden ist (zu vgl. die Begr. zu § 158 a. a. O. S. 80). Von diesem Standpunkte aus erweist sich die von Stier-Somlo (Zentralbl. der Reichsversicherung 1914 S. 343) vertretene Ansicht, auf welche die Berufsgenossenschaft nach dem Inhalt der Akten ihre Entscheidung stützen zu können glaubt, daß nämlich § 158 a. a. O. im Kriege um deswillen nicht zur Anwendung zu kommen habe, weil Angehörigen eines feindlichen Staates überhaupt keine Sozialversicherung zu gewähren sei, als unzutreffend und unhaltbar. Hiernach muß die Einstellung der Rente des Klägers wegen seiner Zugehörigkeit zu einem feindlichen Staate schon nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung für ungerechtfertigt erklärt werden. Eine abweichende Beurteilung rechtfertigen aber ferner auch weder allgemein rechtliche Erwägungen noch die in den deutschen Kriegsgesetzen und Kriegsverordnungen ausgesprochenen Grundsätze.

Dem deutschen Rechte und der deutschen Rechtsanschauung entspricht die Anerkennung wohlerworbener Rechtsansprüche jedermann gegenüber, im Frieden und im Krieg. Zu ihnen gehören die Ansprüche aus der Unfallversicherung als Entschädigungsansprüche, die ihre Grundlage in der Beschäftigung in dem Betriebe haben und die früher lediglich nach Maßgabe des Bürgerlichen Rechts und des Haftpflichtgesetzes geltend zu machen waren, aber aus sozialen Gründen den öffentlich-rechtlichen, in Berufsgenossenschaften zusammengefaßten Verbänden der Unternehmer zur Last gelegt worden sind, die sie in den besonderen Formen der Unfallversicherungsgesetze zu befriedigen haben, als rechtliche Forderungen, nicht etwa als freiwillige oder armenrechtliche Leistungen. Diese letztere Beschränkung ist hervorzuheben, wenn die Berufsgenossenschaft von Wohltaten der Reichsversicherungsordnung spricht, die den Angehörigen eines feindlichen Auslandsstaates nicht zugeteilt werden dürften.

Von dem Grundsatze der Anerkennung wohlerworbener Rechtsansprüche sind auch die in Frage kommenden Rechtsverordnungen beherrscht, die der Bundesrat auf Grund des sog. Ermächtigungsgesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. 1914 S. 32) erlassen hat. Dabei braucht auf die Erwägung, die zur Einstellung des § 3 a. a. O. in das Gesetz geführt hat und Aenderungen der sozialpolitischen und Arbeiterschutzgesetze von dem außerordentlichen Verordnungsrecht des Bundesrats ausgeschlossen sehen wollte, entscheidendes Gewicht nicht gelegt zu werden. Jedenfalls hat der Bundesrat eine Aenderung der Reichsversicherungsordnung, welche es rechtfertigen würde, die Rente eines Versicherten wegen seiner Zugehörigkeit zu einem feindlichen Staate einzustellen oder aufzuheben, nirgends ausgesprochen. Durch die Bekanntmachung vom 7. August 1914 (RGBl. 1914 S. 360) ist nur im allgemeinen die Geltendmachung vermögensrechtlicher Ansprüche von Personen, die im Auslande ihren Wohnsitz haben, verboten worden, und zwar für bestimmte, immer wieder verlängerte Zeiträume. Eine solche Geltendmachung kommt vorliegendenfalls nicht in Betracht, da der Kläger seinen Wohnsitz im Inlande hat und die Rente für ihn bereits vor dem Kriege festgestellt worden ist. Eine andere Frage ist es, ob die gegen England, Frankreich und Rußland erlassenen Zahlungsverbote (Verordnungen vom 30. September, 20. Oktober, 19. November und 20. Dezember 1914 und vom 4. Februar 1915, RGBl. 1914 S. 421, 443, 479 und 550, 1915 S. 69) der Auszahlung der für den Kläger festgesetzten Entschädigung entgegenstehen. Da diese Verordnungen schlechthin alle unmittelbaren oder mittelbaren Zahlungen nach den angegebenen Gebieten hin, insbesondere auch an Angehörige des Berechtigten verhindern wollen, die sich im feindlichen Auslandsstaate

aufhalten, so ist nach den Umständen des einzelnen Falls zu prüfen, ob die Annahme begründet ist, daß das Erhaltene demnächst doch in das Gebiet eines vom Zahlungsverbote betroffenen Staates überführt werden würde (zu vgl. Erlaß des RVA., Abteilung für Unfallversicherung vom 16. September 1915 I 4188/15. Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 4 S. 437; Witowski: Die Deutsche Arbeiterversicherung und der Krieg, Deutsche Juristenzeitung 1915 S. 1061). Etwaige Zweifel und Streitigkeiten, die sich in dieser Beziehung ergeben würden, berühren aber lediglich das Gebiet der Zwangsvollstreckung aus den festgestellten Entschädigungsansprüchen und sind daher nicht im Spruchverfahren, sondern im Aufsichtswege, gegebenenfalls im Beschlußverfahren zu erledigen.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Anerkennungsgebühren bei den Knappschaftsvereinen.

(§ 33 des preußischen Knappschaftsgesetzes.)

Entsch. des **Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten** in Berlin vom 15. Dezemb. 1915.

Ein Bergmann aus Auwallenburg ist am 17. September 1914 aus der Mitgliedschaft des Haupt-Knappschaftsvereins Kassel durch Aufgabe seiner Beschäftigung ausgeschieden und meldete seine freiwillige Mitgliedschaft durch Zahlen der Anerkennungsgebühr an. Diese Anerkennungsgebühr zahlte er bis Ende Januar 1915 und wurde dann Knappschaftsinvalide. Nach § 14 Abs. 2 erhalten die Mitglieder der Arbeiterabteilung, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit die Wartezeit für die Invalidenrente nach der Reichsversicherungsordnung erfüllt haben, indessen einen Anspruch auf Gewährung der reichsgesetzlichen Invalidenrente noch nicht besitzen, bis zum Eintritt dieses Anspruches ein monatliches Wartegeld von 10 M. sowie ihre Invalidenpension. Dem hier in Frage kommenden Bergarbeiter wurde dieses Wartegeld verweigert, weil er angeblich bei seiner Pensionierung nicht mehr Mitglied der Arbeiterabteilung war. In der Berufung an das Oberknappschaftsversicherungsamt zu Clausthal wurde auf den § 50 der Satzungen hingewiesen, wonach jedes Mitglied seine Anwartschaft durch Zahlen der Anerkennungsgebühr von 25 Pf. aufrechterhalten kann. Das hatte auch der Kläger getan. Das Oberversicherungsamt zu Clausthal (Spruchkammer) in Kassel hat am 25. August 1915 den Anspruch des Versicherten anerkannt. Wollte man, so heißt es in der Entscheidung, der Auffassung des Beklagten folgen, daß nämlich die Fassung des § 14: „Mitglieder .... erhalten ein .... Invalidenwartegeld ....." die Gewährung dieser Leistung an Anerkennungsgebührenzahler ausschlösse, so würden folgerichtig den Anerkennungsgebührenzahlern nahezu überhaupt keine Pensionskassenleistungen zustehen, insbesondere auch nicht die Invalidenpension, weil in den die Gewährung fast sämtlicher Leistungen regelnden Satzungsbestimmungen die „Mitgliedschaft" als Voraussetzung aufgestellt ist.

Hiergegen legte der Knappschaftsverein Revision ein. Diese verwies insbesondere auf eine Entscheidung des Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten vom 13. Dezember 1914, nach der Anerkennungsgebührenzahler als Pensionkassenmitglieder nicht anzusehen sind. Bei der Schaffung der Satzungsvorschriften sei der Gedanke leitend gewesen, den Personen, die fünf und mehr Jahre Mitglied des Knappschaftsvereins gewesen sind, aber nur Anerkennungsgebühr zahlen, nach Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit einen besonderen Vorteil nicht zu gewähren. Die Revision wurde zurückgewiesen. Aus den Gründen:

Die Ausführungen des angefochtenen Urteils zu diesem Punkte lassen einen Rechtsirrtum nicht erkennen. Das Oberversicherungsamt nimmt zutreffend an, daß der Kläger durch Zahlung der Anerkennungsgebühren seine bis zum 1. Oktober 1914 erworbenen Ansprüche auf die Pensionskassenleistungen des Beklagten sich erhalten hat. Diese Annahme beruht auf der zwingenden, auch in der Satzung des Beklagten (§ 50) übergegangenen Bestimmung des § 33 des Knappschaftsgesetzes. Daß zu diesen Pensionskassenleistungen auch das hier in Rede stehende Invalidenwartegeld neben der Invalidenpension gehört, kann nach den Satzungsvorschriften des Beklagten nicht bezweifelt werden, wie dies sich schon daraus ergibt, daß der § 14 der Satzung unter dem Gesamtabschnitt „3. Pensionskassenleistung" steht. Den bezüglichen Rechtsausführungen des angefochtenen Urteils war daher vorbehaltlos beizutreten.

Dem stehen auch die vom Beklagten in der Revisionsbegründung angezogenen Entscheidungen des Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten vom 27. Mai und 15. Dezember 1914 nicht entgegen. Denn in dem der ersteren Entscheidung zugrunde liegenden Falle handelte es sich nicht um ein Mitglied, welches seine erworbenen Ansprüche auf Pensionskassenleistung durch Zahlung von Anerkennungsgebühren aufrechterhalten hatte, sondern um ein Mitglied, welches aus der Knappschaftspensionskasse des damaligen Beklagten ausgeschieden und Mitglied einer andern Knappschaftspensionskasse geworden war. Die Feststellung des gedachten Urteils, daß der Anspruch auf das Invalidenwartegeld nur solchen Mitgliedern zusteht, die als Mitglieder desselben Vereins pensioniert werden, berührt daher die Frage der Erhaltung der erworbenen Ansprüche durch die Zahlung der Anerkennungsgebühren nicht.

Ebensowenig steht die zweite Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 15. Dezember 1914 der Annahme des angefochtenen Urteils entgegen. Denn wenn jene Entscheidung ausführt, daß nach der Satzung des Beklagten Anerkennungsgebührenzahler als Pensionskassenmitglieder nicht angesehen werden können, so bezieht sich dies nur auf die Frage, ob der damalige Kläger, der, nachdem er Anerkennungsgebühren gezahlt hatte, bei demselben Knappschaftsverein die Bergarbeit wieder aufnehmen wollte, als ein neu eintretendes Mitglied anzusehen war; sie berühren die hier zur Entscheidung stehende Frage der Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Invalidenwartegeld durch die Zahlung der Anerkennungsgebühren nicht.

Das Knappschafts-Oberversicherungsamt hat aus zutreffenden Rechtsgründen dem Kläger das Invalidenwartegeld zugebilligt.

Nachschrift des Einsenders (F. Kl.): Es dürften nur wenige der vielen Knappschaftsvereine sein, die ein „Wartegeld" für diejenigen Erwerbsunfähigen kennen, die wohl „berufsinvalid" („bergfertig"), aber noch nicht invalid im Sinne der Reichsversicherungsordnung sind. Es hat demnach die Entscheidung nur für die Knappschaftsvereine, die ein solches Invalidenwartegeld kennen, eine Bedeutung. Jedenfalls zeigt die Entscheidung, wie verwickelt das ganze Knappschaftswesen ist. Zum mindesten ist es für den Laien schwer, sich in den außerordentlich vielgestaltigen Einrichtungen zurechtzufinden. Neben der Vereinheitlichung des Knappschaftswesens wäre auch eine Vereinfachung sehr nötig.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

Nr. 68. Eine bei einer Steuerbehörde angestellte Maschinenschreiberin, die außer reinen Abschreibarbeiten Vordrucke auf Grund verschiedener Unterlagen auszufüllen und bei Bearbeitung der Kartothek durch Eintragung von Vermerken mitzuwirken hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Vers.-Ges. für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 69. Hebammen sind selbständige Gewerbetreibende und deshalb nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn sie von einem Kreise als Kreishebammen bestellt sind und bestimmte Verpflichtungen übernommen haben, einer Disziplinargewalt des Kreises unterliegen und bestimmte Beihilfen, namentlich zwecks Teilnahme an Fortbildungskursen und Nachprüfungen sowie eine Altersversorgung beziehen, hinsichtlich der eigentlichen Vergütung ihrer Berufstätigkeit dagegen auf die Gebühren der ihre Hilfe beanspruchenden Personen angewiesen sind.

Nr. 70. § 17 des Versicherungsgesetzes für Angestellte kommt für die Feststellung, ob der Jahresarbeitsverdienst fünftausend Mark nicht übersteigt (§ 1 Abs. 3 des Gesetzes) nicht in Betracht; diese Vorschrift gilt nur für die „Zugehörigkeit zu den Gehaltsklassen".

Nr. 71. Ein Ziegelmeister, der den Betrieb einer Ziegelei zu leiten, die dort tätigen Arbeiter selbst anzunehmen und zu entlohnen hat, bei ihrer Entlassung aber an die Weisungen des Ziegelmeisters gebunden ist, die Arbeitszeit nach Beginn und Ende gemäß den Bestimmungen des Ziegeleibesitzers einzurichten hat, ist nicht selbständiger Unternehmer, sondern Angestellter des Ziegeleibesitzers und deshalb nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Vers.Ges. für Angestellte versicherungspflichtig. Dies gilt auch, wenn er die von ihm hergestellten Steine an den Ziegeleibesitzer zu überlassen hat und dabei im Hinblick auf die von ihm zu tragenden Arbeitslöhne vereinzelt mit Verlust arbeiten sollte.

Nr. 72. Die Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 1 Nr. 4 des Vers.Ges. für Angestellte umfaßt auch Mitglieder von Orchestern, die bei Vorstellungen in Lichtspieltheatern mitwirken.

Nr. 73. Die durch den Bezug eines Jahresarbeitsverdienstes von 5000 M. gemäß § 1 Abs. 3 des Vers.Ges. für Angestellte begründete Versicherungspflicht kann nicht durch nachträgliche Erhöhung auf mehr als 5000 M. mit rückwirkender Kraft beseitigt werden.

Nr. 74. Kulturaufseher, die unter Leitung von Technikern die Meliorationsarbeiten von Kleinakkordanten und deren Arbeiten beaufsichtigen, sind nicht versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 75. Der Waschmeister einer Wollkämmerei und Kammgarnspinnerei, der unter Oberleitung eines Obermeisters Maschinen zu bewachen und zu führen, für das richtige Arbeiten und Beschicken der Wölfe und der Waschmaschinen zu sorgen, den Zu- und Ablauf der Waschwässer zu regeln, sie in der richtigen Temperatur zu halten, den Waschwässern die vorschriftsmäßigen Waschmittel beizufügen, das richtige Arbeiten der Transmissionen und Antriebe für die Maschinen zu beachten und neun Personen bei ihrer Arbeit zu beaufsichtigen hat und für ihre Arbeitsausführung dem Obermeister verantwortlich ist, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Vers.Ges. für Angestellte versicherungspflichtig.

Sprechsaal.

Anspruch des erkrankten Dienstboten auf Lohn nach preußischem Recht.

Gegen unsere Auskünfte im Jahrgange 1915 S. 814 Ziff. 7 und im Heft 4 des laufenden Jahrgangs S. 96 Ziff. 10 sind uns von zwei Seiten Zuschriften zugegangen, die darauf hinauskommen, daß der § 616 BGB. für das Gesindrecht nicht gelte, insbesondere nachdem durch § 436 RVO. die Anrechnung des Krankengeldes auf den Lohn, den die Herrschaft dem Dienstboten während der Krankheit weiterzuzahlen hat, vorgeschrieben sei. Diese Ansicht ist irrig.

Die Frage, ob der Dienstberechtigte dem erkrankten Dienstverpflichteten Lohn weiterzuzahlen hat, ist eine Frage des bürgerlichen Rechts, nicht des Versicherungsrechts. Sie ist, soweit nicht für Dienstverhältnisse bestimmter Art Sondervorschriften bestehen, nach § 616 BGB. zu entscheiden, wonach der Dienstverpflichtete des Anspruchs auf die Vergütung nicht dadurch verlustig geht, „daß er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird". Diese Vorschrift gilt allerdings nach Reichsrecht nicht für das Gesindeverhältnis. Denn nach Art. 95 Einf.Ges. zum Bürgerlichen Gesetzbuch sind für das Gesinderecht grundsätzlich die landesgesetzlichen Vorschriften aufrecht erhalten und nur einzelne Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuches für anwendbar erklärt, unter denen sich der § 616 BGB. nicht findet. In Preußen aber ist durch Landesgesetz, nämlich durch Art. 14 § 1 des Ausf.-Ges. zum Bürgerlichen Gesetzbuch ausdrücklich verordnet, daß die Vorschrift des § 616 BGB. auf das Gesindeverhältnis Anwendung findet. In diese Rechtslage hat die Reichsversicherungsordnung nicht eingegriffen. Durch Art. 42 Abs. 2 Einf.-Ges. zur Reichsversicherungsordnung ist vielmehr ausdrücklich bestimmt, daß landesrechtliche Vorschriften, welche die Fortzahlung des Lohnes (an das Gesinde) in Krankheitszeiten betreffen, vorbehaltlich des § 436 RVO., unberührt bleiben. Der hier erwähnte § 436 lautet:

„Der Dienstberechtigte kann das Krankengeld auf den Lohn anrechnen, den er dem Dienstboten während der Krankheit weiterzahlt".

Das bedeutet aber nicht, daß der Lohn während der Krankheit weiterzuzahlen ist, sondern § 436 schreibt nur die Anrechnung des Lohnes vor, wenn der Lohn weiterzuzahlen ist. Wäre § 436 dahin zu verstehen, daß er auch den Dienstberechtigten zur Fortzahlung des Lohnes während der Krankheit des Dienstboten verpflichtet, so wäre die Vorschrift in Art. 42 Abs. 2 Einf.Ges. zur Reichsversicherungsordnung, welche die Regelung dieser Frage dem Landesrecht vorbehält, sinnlos. Die Worte in Art. 42 Abs. 2 Einf.Ges. zur Reichsversicherungsordnung: „vorbehaltlich des § 436 RVO." bedeuten nur: „vorbehaltlich der im § 436 RVO. vorgeschriebenen Anrechnung des Krankengeldes". Sonach gilt in Preußen für das Gesinderecht nach wie vor § 616 BGB. Die aus §§ 86, 87, 88, 91 der Gesindeordnung vom 8. November 1810 zu entnehmende abweichende Regelung der Frage ist dadurch beseitigt.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Anspruch auf das Witwengeld.

Je länger der Krieg dauert, um so mehr stellt es sich heraus, daß ganz besonders die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung einer Zurichtung auf den Kriegsfall bedarf. Eine Reihe von Bestimmungen erweisen sich als unzweckmäßig oder gar als undurchführbar. Zu letzteren gehört der § 1300 RVO. Nach ihm verfällt der Anspruch auf das Witwengeld, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Ehemannes geltend gemacht wird. Diese Vorschrift steht in Widerspruch mit dem § 1265. Nach diesem werden die gesetzlichen Leistungen — dazu gehört auch das Witwengeld — auch dann gewährt, wenn der Versicherte verschollen ist. Er gilt als verschollen, wenn während eines Jahres keine glaubhaften Nachrichten von ihm eingegangen sind und die Umstände seinen Tod wahrscheinlich machen.

Den Todestag der Verschollenen stellt die Versicherungsanstalt nach „billigem Ermessen" fest. Für die auf See Verschollenen beginnt die Rente mit dem Tage des Untergangs des Fahrzeuges oder, wenn es verschollen ist, einen halben Monat von dem Tage ab, bis zu dem die letzte Nachricht über das Fahrzeug reicht. Aehnlich muß die Regelung auch hier getroffen werden; als Todestag muß das Gefecht oder die Schlacht angesehen werden, wenn der Vermißte von diesem Zeitpunkt an nichts mehr von sich hören ließ.

Der Widerspruch besteht darin, daß der Anspruch auf das Witwengeld innerhalb eines Jahres angebracht werden muß, die Verschollenheit aber erst nach Ablauf eines Jahres festgestellt werden kann. Um über die Klippe hinwegzukommen, ist neuerdings von verschiedenen Versicherungsanstalten empfohlen worden, den Antrag schon vor Ablauf des Jahres zu stellen. Diese Mahnung wird nur vereinzelt befolgt werden; die große Mehrzahl der Kriegerfrauen wird immer hoffen, daß der Verschollene wiederkommt und wird dabei nicht an das Witwengeld denken.

Die Kommission des Reichstags für den Reichshaushaltetat beschäftigte sich gelegentlich der Beratung der Anträge auf Herabsetzung der Altersgrenze für den Bezug der Altersrente ebenfalls mit der vorstehend erörterten Frage. Die Kommission beschloß einstimmig, den Antrag im Plenum einzubringen, den Bundesrat zu ersuchen, zu § 1300 der Reichsversicherungsordnung folgenden Zusatz zu erlassen:

„Während der Dauer des Krieges und des ersten Jahres nach Friedensschluß beginnt die Frist, falls der Ehemann Kriegsteilnehmer gewesen ist, mit dem Tage, an welchem der Witwe

der Tod des Ehemanns auf dem Dienstwege bekanntgegeben ist."

In der Sitzung des Reichstages vom 15. Januar 1916 begründete Graf von Westarp das Verlangen. Es seien Mitgliedern des Haushaltausschusses Fälle bekannt geworden, wo Witwen von gefallenen Kriegsteilnehmern diese Frist versäumt haben, und sie deshalb nach den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen abgewiesen werden mußten, während sie die Nachricht von dem Tode immerhin noch vor Ablauf der Frist, wenn auch erst in den letzten Monaten oder Wochen des betreffenden Jahres erhalten hatten. Es sei menschlich sehr verständlich, daß sie die Frist, bei der Trauer und Verwirrung, in die sie durch alle diese Umstände versetzt waren, versäumt haben. Im Verlaufe der Verhandlungen kam nochmals der Abg. Mumm auf die Sache zu sprechen. „Man muß, so führte er aus, die Menschen doch einmal nehmen, wie sie sind, ich möchte sagen, wie sie glücklicherweise sind. Wenn etwas derartig Gewaltiges im Leben der Frauen oder Kinder eintritt, daß der Familienvater auf dem Felde der Ehre gefallen ist, dann ist glücklicherweise bei den allermeisten nicht der erste Gedanke: welche Fristen habe ich nun zu wahren, welche finanziellen Rechte erlange ich nun? Und so kommt es häufig, daß irgendwelche Fristen versäumt werden. Da scheint es mir nicht verantwortbar zu sein, — ich denke auch an die Schwierigkeiten der Todeserklärung im Falle der Vermißterklärung —, wenn durch solche Versäumnisse ein unwiderbringlicher Verlust eintritt, nur weil eben die ganze Familie durch die Nachricht von dem Tode ihres Vaters seelisch beherrscht war. Natürlich ist nicht die Form uns die Hauptsache. Es kommt nicht darauf an, daß unbedingt eine Gesetzesänderung erfolgt; wenn dasselbe Ziel auf dem Wege der Rechtsprechung sollte erreicht werden können, dann würde die Form durchaus im Hintergrunde stehen. Das wesentliche ist es, daß auch dieser zweite Wunsch, zusammen mit dem alten ersten seine Erfüllung findet."

Der Antrag wurde sodann einstimmig angenommen. Obzwar sich die Regierungsvertreter nicht dazu äußerten, steht doch bestimmt zu erwarten, daß die Anregung in dieser oder jener Form befolgt wird.

Die privaten Versicherungsunternehmungen und der Krieg.

Auf dem Gebiete der Lebensversicherung war das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung, wie aus seinen letzten Veröffentlichungen hervorgeht, mit einer wachsenden Zahl von Beschwerden wegen der Auslegung der die Kriegsgefahr behandelnden Vertragsbestimmungen befaßt. Das Amt ist dem Standpunkt einzelner Gesellschaften, daß dabei jede irgendwie mit dem Kriege im Zusammenhange stehende Tätigkeit als „Teilnahme an Kriegsereignissen" anzusehen sei und die Kriegsteilnahme in der Regel schon mit der Einziehung zum Heeresdienste beginne, entschieden entgegengetreten. Allerdings mußte die maßgebende Feststellung und Entscheidung für den Einzelfall den Gerichten vorbehalten bleiben. — Im Anschluß hieran sei auf eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Dresden vom 25. Juni 1915 hingewiesen. Der Versicherte war als Abonnent einer Zeitung gegen tödlichen Unfall versichert. Nach der Ausnahmebestimmung im § 9 Ziff. 7 der Versicherungsbedingungen, auf die allein die Beklagte sich stützt, sind von der Versicherung Unfälle ausgeschlossen, welche der Versicherte, gleichviel ob Zivil- oder Militärperson, durch Kriegsereignisse erleidet. Es genügt nun nach Ansicht des Gerichts nicht etwa ein mehr oder weniger loser Zusammenhang des Unfalls mit den Geschehnissen im Kriege. Erforderlich ist vielmehr, daß sich die Unfallursache selbst als ein Kriegsereignis darstellt. Das läßt sich aber für den vorliegenden Fall nicht behaupten, wo der Tod des Verletzten unbestrittenermaßen dadurch verursacht worden ist, daß er von einem Eisenbahnzug überfahren wurde. Wenn die Beklagte darauf hinweist, daß der Versicherte bei dem Unfall als militärischer Posten eine Eisenbahnbrücke bewachte, so mag ihr zugegeben werden, daß sich der Unfall nicht ereignet haben würde, wenn der Versicherte den Befehl hierzu nicht erhalten hätte. Das genügt aber nicht, um die Beklagte von ihren Pflichten aus dem Versicherungsvertrage zu befreien. Denn die Bewachung konnte recht wohl in einer Form befohlen sein, die eine besondere Gefahr für den Versicherten nicht mit sich brachte. Es hätte der Darlegung bedurft, daß die Bewachung in einer Weise geschehen sollte, die den Versicherten wegen des Bahnbetriebs einer besonderen Gefahr aussetzte. Nur in diesem Falle könnte die Todesursache als Kriegsereignis gelten. In dieser Richtung hat jedoch die Beklagte ausdrücklich erklärt, daß sie näheres über die Umstände, die den Unfall veranlaßt haben, nicht angeben könne. Die beweislos gelassene allgemeine Behauptung, daß auf der Brücke noch zwei andere Posten überfahren worden seien, kann hieran nichts ändern. — Eine ähnliche Entscheidung hat das Oberlandesgericht Stuttgart unterm 17. Juni 1915 gefällt. Der als Abonnent einer Zeitung bei der Beklagten versicherte Ehemann M. der Klägerin war zu Anfang August 1914 bei einer Bahnschutzwache tätig und war von einem ebenfalls der Bahnschutzwache angehörenden St. fahrlässig getötet worden, daß dieser bei Ablösung der Wachmannschaften mit einem ihm übergebenen, geladenen, aber ungesicherten Gewehr eine Bewegung in der Richtung gegen M. machte, wodurch sich das Gewehr entlud und M. in den Kopf getroffen wurde. Die verklagte Versicherungsgesellschaft berief sich auf die Ausschlußbestimmung, nach der Unfälle „veranlaßt bzw. herbeigeführt durch den Krieg und Mobilisierung von Militär" nicht unter die Versicherung fallen. Der Klägerin wurde jedoch die Versicherungssumme zugesprochen. Weder auf die Ausschlußbestimmung, noch auf den § 84 des VVG. könne sich die Beklagte berufen. Dies schon deshalb nicht, weil die Maßregel der Bahnbewachung nicht von einem militärischen Befehlshaber, sondern von den Zivilbehörden angeordnet war; außerdem aber sei zu verneinen, daß der Unfall durch den Krieg oder die Maßregel der Bewachung verursacht wurde. Die eigentliche und wirkliche Ursache sei die Fahrlässigkeit des St., der Krieg und die Bahnbewachung seien nur der Anlaß gewesen, der zu dem Unfalle führte. Derartige Unfälle können auch bei einer Uebung im Friedensverhältnisse vorkommen.

Zur Fürsorge der Versicherungsträger für Schwerhörige.

In der „Sozialen Praxis" vom 23. Dezember 1915 klagt ein ungenannter schwerhöriger Arbeiter über die mangelhafte Fürsorge der Arbeiterversicherung für Schwerhörige und bringt u. a. folgendes vor: „Um nun diesen unheilbar Schwerhörigen ihr Leiden zu erleichtern, haben einschlägige Firmen unter Zuziehung von Ohrenärzten verstanden, die zu vielem berufene Elektrizität dem Dienste der Schwerhörigen nutzbar zu machen. Es werden Hörgeräte hergestellt, die aus einem Mikrophon, einem oder auch zwei Hörern und einer Trockenbatterie bestehen. Die Geräte stellen ein kleines Taschentelephon dar. Während der Redende spricht, hält der Schwerhörige den Hörer an das Ohr; die vom Mikrophon zum Telephon weitergegebenen Schallwellen erfahren durch den von der Trockenbatterie gebrachten Sukkurs bei Erregung der Telephonmagneten eine Verstärkung und treffen in konzentrierter und verstärkter Form an das Trommelfell des Hörenden. Die praktische Anwendung dieser Hörgeräte hat ergeben, daß sie ein gutes Hilfsmittel darstellen, dem Schwerhörigen den teilweisen Verlust des Gehörs zu ersetzen. Die Preise dieser Geräte sind aber sehr hoch; ein gutes, brauchbares Hörgerät stellt sich auf annähernd 150 M. Da der Durchschnitt der schwerhörigen Arbeiter in der Entlohnung noch schlechter gestellt ist, wie der Gesunde, wird man es verstehen, daß den Schwerhörigen die Anschaffung derartiger guter Hilfsmittel auf eigene Kosten unmöglich ist.

Die Ortskrankenkasse für das Buchdruckgewerbe Berlin und auch die Deutsche Buchdrucker-Berufsgenossenschaft lehnten noch im vorigen Jahre selbst eine teilweise Beihilfe zur Anschaffung eines elektrischen Hörgeräts ab. Erstere, weil das Gerät nicht als Heilmittel, sondern nur als ein Hilfsmittel zum besseren Hören angesprochen werden kann; letztere mit der Begründung: „Dem Vorstande stehen keine Mittel dazu zur Verfügung". — Da aber schon jetzt die Mehrleistungen der Krankenkassen an ihre Mitglieder auf fast alle sich ergebenden Folgeerscheinungen und Folgen einer überstandenen Krankheit eingestellt sind, ist die Begründung der Ablehnung eines Hörgeräts seitens der Kasse unverständlich. Sind doch die Brille für das schwache Auge, das Bruchband für den Bruch, der Zahnersatz durch künstliche Zähne und die vielerlei künstlichen Gliedmaßen auch keine Heilmittel, sondern nur Hilfsmittel. Daß diese Hilfsmittel mit der gleichen Begründung abgelehnt wurden, davon ist bisher nichts bekannt geworden. Aber auch der Kostenpunkt der Geräte mit Rücksicht auf die Brauchbarkeit zur Hebung der sozialen Lage der Schwerhörigen darf den Kassen nicht zum Vorwand der Ablehnung dienen, weil die Ersparnisse an Aerztehonoraren diese Mehrausgaben reichlich ausgleichen würden. Gerade der unheilbar Schwerhörige läuft trotz der Aussichtslosigkeit auf Besserung seines Leidens immer und immer wieder zum Arzt, und sind die Kosten, die den Krankenkassen dadurch entstehen, zwecklos. Bei größeren Aufträgen durch die Krankenkassen dürften sich die Preise der Geräte auch bedeutend niedriger stellen, als bei der Anschaffung eines einzelnen Geräts. Die Zentralkommission der Krankenkassen Deutschlands müßte als Haupteinkaufsstelle für alle ihr angeschlossenen Kassen auftreten. Außerdem ist aber auch noch zu berücksichtigen, daß gerade die Schwerhörigen Betrügern, die sich ihr Tätigkeitsfeld mit Vorliebe unter der leidenden Menschheit wählen, sehr oft zum Opfer fallen; in der Hoffnung, ihr Leiden doch noch zu bessern, geben sie ihren letzten Groschen her. Die Uebernahme der sozialen Fürsorge für Schwerhörige durch die Krankenkassen würde auch diesen Betrügern ihr Handwerk, wenn nicht ganz, so doch zum größten Teil legen". — —

Man kann den Schwerhörigen aufrichtig eine möglichst weitgehende Fürsorge wünschen und darf doch nicht verkennen, daß das ablehnende Verhalten der beiden Versicherungsträger nach Lage des Gesetzes und nach den Satzungen begründet war. Für die Krankenkasse kamen die §§ 182, 187 (Ziff. 3), 193 RVO., für die Berufsgenossenschaft schon der Umstand in Betracht, daß sie nur für die Folgen eines Betriebsunfalls, um den es sich wohl nicht handelte, aufzukommen hat.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung betreffend die Versicherungspflicht von Bureauangestellten.

1. „Nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 Vers.Ges. für Angestellte sind Bureauangestellte versicherungspflichtig, soweit sie nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet." (AVN 1914 S. 233.) *)

2. Unter niederen Dienstleistungen „sind nicht Schreibarbeiten, sondern Boten-, Portierdienste, Reinigungs-, Aufräumungs- und ähnliche Arbeiten zu verstehen". (AVN 1914 S. 233.)

3. Als mechanische Dienstleistungen kommen „nur die reinen Abschreibe-(Kopier-)arbeiten nach Vorlage in Betracht (Anfertigung von Abschriften nach schriftlicher Vorlage)". AVN 1914 S. 233.)

a) Das „Entwerfen oder Niederschreiben von kurzen Meldungen, kleinen Schreiben u. dgl. nach kurzen Angaben oder Diktat, gehört nicht zu den rein mechanischen Schreibarbeiten, sie erscheint im wesentlichen als die Tätigkeit eines Expedienten, und selbst soweit sie nach Diktat geschieht, stellt sie besondere Anforderungen an die Willens- und Gedächtniskraft und geht über die Tätigkeit eines rein mechanischen Abschreibers hinaus". (AVN 1914 S. 102.)

b) Von einer rein mechanischen Arbeit ist ferner dann keine Rede, wenn Angestellte eines Rechtsanwalts „Schriftsätze, Klagen und Briefe nach Diktat stenographieren und die aufgenommenen Stenogramme auf die Schreibmaschine übertragen. Denn bei der letztgedachten Art der Tätigkeit ist nicht nur eine besondere Ausbildung in der Kunst des Stenographierens erforderlich, sondern es muß dabei, um fehlerfreie und sachgemäße Leistungen zu erzielen, ein beträchtliches Maß von geistiger Anspannung aufgewendet werden, das geistige Erfassen des diktierten Stoffes, der — zumal bei einem, mit der Beurteilung von nicht selten schwierigen und verwickelten Rechtsfällen fortlaufend befaßten Rechtsanwalt — rechtlich und tatsächlich häufig nicht einfach sein wird, ist nötig, um diese in eine andere — abgekürzte — Schriftform (die Stenographie) umzugestalten. Es gehört also Urteilskraft, Wil-

*) AVN = „Angestelltenversicherung", Amtl. Nachr. der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und der Spruchbehörden der Angestelltenversicherung.

lens- und Gedächtnisvermögen sowie Anpassungsfähigkeit und Gestaltungskraft dazu, um die diktierten Auslassungen in der Kurzschrift richtig wiederzugeben. Ferner erfordert auch die Wiedergabe des Stenogramms in Maschinenschrift eine nicht unerhebliche geistige Anspannung. Denn es müssen die in Kurzschrift niedergelegten Gedanken in die gewöhnliche Schrift übertragen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß oft selbst einem geübten Stenographen die Kurzschrift immer noch nicht so geläufig sein wird, wie die gewöhnliche Schrift." (AVN 1914 S. 212.)

c) Die Führung verschiedener „Bücher (des Materialabrechnungsbuches, des Gerätebuches, des Maschinenbuches, des Arbeits- sowie des Bestellbuches des Gewerkes usw.), die Aufstellung der Arbeits-, Lohn- und Materialienlisten usw., die Errechnung der allgemeinen Unkosten sowie der Kosten der elektrischen Kraft, die Errechnung und Aufstellung der Arbeitszettel sind Arbeiten, die eine eingehende Kenntnis des Betriebes, der Herstellungsgegenstände und der Herstellungsvorgänge voraussetzen sowie eine selbständige Denkarbeit und geistige Tätigkeit erfordern, und zwar auch dann, wenn es sich, wie z. B. bei Führung des Arbeits- und Bestellbuches des Gewerkes, nur um Uebertragung oder Abschrift bereits vorhandener Zahlen oder Gegenstände aus den Betriebsbüchern handelt, denn auch eine solche Tätigkeit beansprucht weitgehende Aufmerksamkeit und Kenntnis der Betriebseinrichtungen." (AVN 1914 S. 102.)

d) Auch die Führung eines Tagebuches und Terminverzeichnisses kann nicht als eine mechanische Dienstleistung angesehen werden. „In dem Tagebuche werden die ein- und abgehenden Schriftstücke vermerkt, und das Terminverzeichnis ist zur Aufnahme der angeordneten Kontrollfristen bestimmt, an denen die Akten wieder in den Geschäftsgang zu bringen sind. Wenn nun auch diese Registraturführung .... sich durch die Art des Geschäftsbetriebes besonders einfach gestaltet, und sich ferner unter der Verantwortung des leitenden" Beamten „vollzieht, auch durch die Kontrolle und eingehende Aktenkenntnis der übrigen" Vorgesetzten „unterstützt wird, so geht sie doch über den Rahmen einer rein mechanischen Abschreibearbeit, wie sie gewöhnliche Schreiber und Kanzlisten verrichten, hinaus und erfordert ein gewisses Maß von Aufmerksamkeit und selbständiger Denktätigkeit, also immerhin eine erhebliche geistige Anspannung. Auch ist es klar, daß die Führung eines Tagebuches mit durchschnittlich 4000 Nummern im Jahre, Umsicht, Geschäftskenntnis und Gewandtheit erfordert. Es kann also bezüglich der Registraturtätigkeit von einer lediglich mechanischen Dienstleistung nicht die Rede sein".

e) In einem weiteren, vom Oberschiedsgericht entschiedenen Falle handelt es sich um die Registratur einer Versicherungsgesellschaft. „Die Akten der Gesellschaft werden in der Reihenfolge der Nummern in Kästen aufbewahrt, die je nach der Stärke der einzelnen Akten etwa 30—70 Stück enthalten. Der Angestellte hat auf Grund der ihm von der Registratur übergebenen Zettel die auf ihnen verzeichneten, im Geschäftsgang gebrauchten Akten aus den Aktenkästen herauszusuchen und an ihre Stelle die Zettel in die Kästen zu legen. Die Nummern der herausgenommenen Akten hat er tageweise in Notizbücher einzutragen, von denen das eine für die geraden, das andere für die ungeraden Tage geführt wird. Die herausgesuchten Akten gibt er an die zuständigen Abteilungen. Bei Rückgabe der Akten streicht er die notierten Akten in den Notizbüchern, die Akten legt er unter Entnahme der Zettel wieder auf ihren alten Platz in den Aktenkästen". Diese Obliegenheiten können — so führt das Oberschiedsgericht aus — „nicht auf eine Stufe mit den reinen Abschreibearbeiten gestellt werden. Sie stellen vielmehr eine Tätigkeit dar, die sonst regelmäßig von dem Registraturpersonal versehen wird. Das Heraussuchen der Aktenstücke nach den Nummernzetteln, die Unterbringung dieser Zettel in den Aktenkästen, die Eintragung und spätere Löschung der Nummern der übernommenen Akten in den Notizbüchern und die demnächstige Wiedervorlegung dieser Akten sind Arbeiten, die ein nicht geringes Maß von Aufmerksamkeit, Sorgfalt und Genauigkeit erfordern. Mag die Tätigkeit auch keine schwierige sein und keine erhebliche Denkarbeit und geistige Anspannung mit sich bringen, so beansprucht sie doch eine unausgesetzte Aufmerksamkeit, die in solchem Umfange bei einer rein mechanischen Arbeitsleistung auch nicht annähernd aufgewendet zu werden braucht. Die Arbeit ist aber auch eine verantwortungsvolle, da der ganze Betrieb der Gesellschaft gestört würde, wenn die Aktenkontrolle nicht mit peinlichster Sorgfalt ausgeübt würde." (AVN 1915 S. 20.)

f) Ferner ist versicherungspflichtig eine Angestellte, welche „die täglich eingehenden Bremsberichte nach den im Kopfe des Vordruckes bezeichneten Bremsarten und Zugstärken zu ordnen, die einzelnen Gruppen zu zählen und die Anzahl aufzuschreiben" und am Schlusse des Monats „aus ihren täglichen Aufzeichnungen eine Zusammenstellung zu fertigen" hat. „Die Arbeit dient statistischen Zwecken. Hiernach handelt es sich um eine rechnerische und registrierende Tätigkeit, wie sie beispielsweise auch in statistischen Aemtern von weiblichen Hilfskräften besorgt wird". (AVN 1915 S. 40.)

g) Endlich kann von mechanischen Dienstleistungen nicht gesprochen werden bei einem in einem städtischen Steuerbureau beschäftigten Hilfsschreiber, der folgende Obliegenheiten hat: „die Vervollständigung der Kontrollregister über Umsatz- und Zuwachssteuer auf Grund der katasteramtlichen Eigentumsveränderungslisten, die Ausfertigung der Kontrollbogen für die Umsatzsteuer, die formularmäßige Ausfertigung von Umsatz- und Zuwachssteuer-Festsetzungsbescheiden u. dgl., die Eintragung der Umsatzsteuerveranlagungen in die Hebeliste und in das Kontrollregister, die Führung kleinerer Nebenlisten, die Ausfertigung der Grundstücksblätter für die Zuwachssteuer.

h) Die Versicherungspflicht darf nicht deshalb verneint werden, weil der überwiegende Teil der Arbeitsleistungen eines mit Schreibarbeiten beschäftigten Angestellten „ein mechanisch zu erledigender ist und in reiner Abschreibetätigkeit besteht. Denn nach dem Wortlaut des Gesetzes, das nur die mit lediglich mechanischen Dienstleistungen befaßten Personen für versicherungsfrei erklärt, ist nicht entscheidend, daß die mechanischen Arbeiten an Umfang hinter die" nicht mechanische Tätigkeit zurücktreten.

„In der Kommission zur Vorberatung des Versicherungsgesetzes für Angestellte und in den Verhandlungen des Reichstags ist mehrfach hervorgehoben, es sollten die mit schriftlichen Arbeiten Beschäftigten in weitem Umfang in den Kreis

der versicherungspflichtigen Personen einbezogen werden. Ausgeschlossen von der Versicherungspflicht sollten nur diejenigen Schreiber sein, welche lediglich mit gewöhnlichen Schreibarbeiten beschäftigt werden, deren Tätigkeit sich also auf das mechanische Abschreiben beschränkt". (AVN 1914 S. 212.)

4. Der Umstand, daß ein Angestellter „die ihm übertragenen Arbeiten unter Aufsicht und Verantwortung des vorgesetzten Betriebsmeisters oder nach dessen Angaben ausführt, drückt die Arbeiten nicht zu niederen oder lediglich mechanischen herab". Daß ihm ferner „in bezug auf Betriebsleitung, Aufsichtsführung und Anordnungsrecht keine Befugnisse zustehen, ist ohne Belang, denn hätte er solche Befugnisse, so käme gegebenenfalls in Frage, ob er als Betriebsbeamter anzusehen wäre". (AVN 1914 S. 102.)

Sittenwidriges Abkommen zwischen Aerzten.

Wenn ein Krankenhausarzt, der seine Stellung aufzugeben beabsichtigt, für die Empfehlung eines Kollegen als seines Nachfolgers sich von diesem eine Vergütung versprechen läßt, so verstößt diese Vereinbarung der beiden Aerzte dann gegen die guten Sitten, wenn sie gegenüber der Krankenhausverwaltung geheimgehalten werden soll. Die Vereinbarung ist deshalb nach § 138 BGB. nichtig und es kann nicht auf Zahlung der versprochenen Vergütung geklagt werden. Diesen Standpunkt hat das Reichsgericht in der folgenden Prozeßsache eingenommen. Der klagende Arzt Dr. X. wollte im Jahre 1910 die Stellung als leitender Arzt eines Krankenhauses, die er zwölf Jahre innehatte, aufgeben. Der Beklagte Dr. Y. trat mit ihm, als er hiervon erfuhr, in Verhandlungen. Es wurde vereinbart, daß der Beklagte dem Kläger als Entschädigung bei der Uebernahme der Stellung 5000 M. zahlen solle; die darüber errichtete Urkunde enthält die Bemerkung: „Ehrenwörtliche Diskretion selbstverständlich." Der Beklagte hat dann die Stellung von der Krankenhausverwaltung auch übertragen erhalten. Der Kläger verlangte daher von ihm mit der Klage Zahlung der versprochenen 5000 M. Während das Landgericht die Klage abwies, hat das Oberlandesgericht Kassel den Beklagten zur Zahlung verurteilt. Auf dessen Revision hat aber das Reichsgericht das oberlandesgerichtliche Urteil aufgehoben und in Uebereinstimmung mit dem Landgericht die Klage abgewiesen. Der höchste Gerichtshof sieht das Abkommen der Parteien als sittenwidrig an und führt hierzu in seinen Entscheidungsgründen aus: Der Kläger ließ es sich, wie seine Ausführungen ergeben, angelegen sein, einen Nachfolger für seine Stellung zu finden. Er suchte nach einem solchen in der Zeitung und pflog, nachdem der Beklagte als Bewerber um die Stellung aufgetreten war, mit ihm Verhandlungen. Diese Bemühungen hatten nur Sinn und Zweck, wenn er beabsichtigte, denjenigen, den er als seinen Nachfolger ins Auge faßte, der Krankenhausverwaltung zur Anstellung zu empfehlen. In dieser Weise ist er denn auch nach seinem eigenen Anführen später verfahren. Für die Beurteilung des Wertes seines Vorschlages war es von Wichtigkeit, ob er unter Umständen erfolgte, die seine Unparteilichkeit in Frage stellten. Ließ sich der Kläger dafür, daß er die von ihm bekleidete Stelle aufgab und dadurch einem anderen Arzt den Eintritt in diese ermöglichte, eine Entschädigung versprechen, so wurde die Unbefangenheit seines Urteils über den Versprechenden und die Zuverlässigkeit der Empfehlung leicht beeinträchtigt. Die Krankenhausverwaltung hatte deshalb ein erhebliches Interesse daran, daß sie von dem Abkommen der Parteien Kenntnis erhielt. Die Mitteilung hiervon war für sie von um so größerer Bedeutung, als es sich um die Stelle des Krankenhausleiters handelte, die ein besonderes Maß von wissenschaftlicher und sittlicher Befähigung voraussetzte und deren sachgemäße Besetzung wegen des erhöhten Vertrauens, das vom Publikum Aerzten in dieser Stellung entgegengebracht wird, zugleich im öffentlichen Interesse lag. Verabredeten daher die Parteien, die sich hierüber nicht im unklaren befinden konnten, die Geheimhaltung des Uebereinkommens, so setzten sie sich hierdurch mit den Anforderungen in Widerspruch, die vom Standpunkt des sittlichen Empfindens der Gesamtheit aus an ihr Verhalten zu stellen sind. Es ist ohne weiteres anzunehmen, daß sie zur Vermeidung des Anscheins, die Empfehlung des Beklagten durch den Kläger sei erkauft, auf das Versprechen der Geheimhaltung großen Wert legten und ohne das Versprechen die Vereinbarung über die Zahlung der 5000 M. nicht getroffen haben würden. Die Nichtigkeit des Versprechens hat daher die Nichtigkeit des Entschädigungsabkommens zur Folge.

„Berliner Magistratsformeln" für die Kriegszeit.

Die sogenannten Berliner Magistratsformeln (durch die ein für allemal die Zusammensetzung einer Reihe von Medikamenten vorgeschrieben wird) für das Jahr 1916 sind im Buchhandel erschienen. Der Kriegszustand erfordert, daß die allgemeinen Sparsamkeitsregeln noch eine Erweiterung erfahren haben. Ferner hat die Knappheit an Fetten und Oelen und das Bestreben, alle genießbaren Fettsubstanzen der menschlichen Ernährung vorzubehalten, zur Streichung einiger Zubereitungen und zur Abänderung der Vorschriften für andere geführt. In den Bestimmungen für die Armenärzte wird darüber folgendes bestimmt: „Alle Verordnungen müssen dem Grundsatze weiser Sparsamkeit entsprechen und mit Rücksicht auf die Zeitlage auf das Notwendigste eingeschränkt werden. Eßbare Fette und Oele sind vom äußerlichen Gebrauch auszuschließen. Zugelassen wird nur Kampferöl zur subkutanen Injektion, Brandliniment und Zinköl. Das letztere ist, sofern es sich nicht ganz vermeiden läßt, nur in kleinen, 50 Gramm nicht übersteigenden Mengen zu verordnen. In den Resorptionssalben ist das Schweinefett durch Lanolin, in den Decksalben durch Vaseline ersetzt worden. Vaseline, Lanolin und alle Salben sind mit größter Einschränkung zu verordnen. Auch zum innerlichen Gebrauch soll das Verordnen von Oelen auf das äußerste eingeschränkt werden. Erdnußöl, Leinöl, Mohnöl und Rapsöl fehlen. Olivenöl, Sesamöl und Lebertran sind nur in kleinen Mengen zulässig. Die Oele und Fette sollen der Volksernährung vorbehalten werden; jedes Oel ist zur Herstellung von Margarine brauchbar. An Stelle von Rizinusöl, das sehr knapp ist, soll tunlichst der braune Sirup verordnet werden.

Mit dem Verordnen von Seife und Glyzerin ist die größte Einschränkung geboten. Glyzerin ist möglichst durch den braunen Sirup zu er-

setzen; keinesfalls darf es zum äußerlichen Gebrauch verwendet werden. Zum innerlichen Gebrauch und zum Klistier ist es, wenn jener Sirup nicht ausreichen sollte, zulässig. Das Verordnen von Terpentinöl, Kampfer, chlorsaurem Kalium, Salpeter und salpeterhaltigen Zubereitungen (Asthmakraut), Kupfersalzen, Schwefel und Benzin ist auf das äußerste einzuschränken. Das Verordnen von Kindermehl ist nur für Säuglinge in beschränktem Maße zulässig. Das Verordnen von Weizen- und Reisstärke sowie von Bohnenmehl ist nicht zulässig. Zu Streupulver soll Talkum verwendet werden. Wenn Stärke erforderlich sein sollte, ist Kartoffelmehl zu verordnen. Spiritus und Spirituspräparate sind mit größter Einschränkung zu verschreiben."

Literarisches.

Die preußische Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896. Von Sanitätsrat Dr. Heinr. Joachim und Justizrat Dr. Alfred Korn. Dritte gänzlich umgearbeitete Auflage. Berlin 1916, Verlag von Oscar Coblentz. Preis 10 M.

Die neue Auflage dieser eingehendsten Bearbeitung der Gebührenordnung hat, abgesehen von der gründlichen Umgestaltung und Vermehrung des Stoffes in dem eigentlichen Kommentar, eine besonders wertvolle Bereicherung erhalten durch die vorausgeschickte juristisch-systematische Abhandlung über den Honoraranspruch des Arztes (nach Grund und Höhe), über seine gerichtliche Geltendmachung und über die Gebühren für Besorgung amts- und gerichtsärztlicher Geschäfte. Ueberall, in dieser Einführung wie im Kommentar, sind im Anschluß an die eigenen Darlegungen der Verfasser zahlreiche Belege aus der Rechtsprechung beigebracht. Die Verfasser sind zu bescheiden, wenn sie auf dem Titel des so gestalteten Buches hinzufügen: „Für die Bedürfnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis erläutert". Es ist gar kein Zweifel, daß die neue Auflage, wie schon die früheren, auch den Gerichten, Anwälten, Verwaltungsbeamten, Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern treffliche Dienste leisten kann und wird. Eine kleine kritische Anmerkung sei hier beigefügt. Die niedrigsten Sätze sind nach § 2 auch anzuwenden, wenn die Zahlung „aus Staatsfonds" zu leisten ist. Daß erst eine Erklärung des Ministers erforderlich sein soll, um diese Vorschrift auch auf den Reichsfiskus beziehen zu können (S. 97), erscheint nicht einleuchtend. Das Deutsche Reich ist ein Bundesstaat, und seine Mittel sind Staatsfonds; vor allem aber kann die Ausdehnung der Vorschrift auf den Reichsfiskus schon nach ihrem Zwecke nicht zweifelhaft sein. Die Frage ist besonders wichtig wegen der Zahlungen, welche die Krankenkassen für Rechnung des Reiches bei der Kriegswochenhilfe leisten, die in dem Buche überhaupt nicht erwähnt ist.

Die wirtschaftliche Annäherung zwischen dem Deutschen Reiche und seinen Verbündeten. Herausgegeben im Auftrage des Vereins für Sozialpolitik von Dr. Heinrich Herkner, Geh. Regierungsrat und Professor der Staatswissenschaften in Berlin. München und Leipzig 1916 bei Duncker & Humblot. Zwei Teile. Preis 23 M.

Das Werk enthält Beiträge von zahlreichen sachkundigen Verfassern über verschiedene, den Gesamtgegenstand berührende Fragen. Es gibt vor allem eine Vorstellung von der Fülle von Problemen, die in dem so bedeutungsvollen Hauptproblem enthalten sind. Dabei spielt natürlich nicht nur die Verschiedenheit der wirtschaftlichen Verhältnisse in den verbündeten Staaten, sondern auch innerhalb eines jeden der Widerstreit der verschiedensten Interessen eine wichtige Rolle. Das Werk bildet, wie im Vorwort nachdrücklich betont wird, weder eine Propagandaschrift noch eine Kundgebung des Vereins für Sozialpolitik, sondern die Mitarbeiter, die in den verschiedensten handelspolitischen Parteilagern stehen, vertreten ausschließlich ihren persönlichen Standpunkt. Ihre Urteile über die politische Wünschbarkeit und wirtschaftliche Ersprießlichkeit der Annäherung und über die geeigneten Formen einer solchen gehen weit auseinander. Dem Interesse an ihren Darlegungen braucht das keinen Eintrag zu tun, zumal schon die objektive Grundlegung jeder Einzeluntersuchung, nämlich die Darstellung und Gegenüberstellung der in Betracht kommenden Verhältnisse in den verschiedenen Staaten, abgesehen von den daraus gezogenen Schlüssen, lehrreich und fesselnd ist. Für unsere Leser werden unter diesem Gesichtspunkte von besonderem Interesse sein die Aufsätze von Ministerialrat, Professor Dr. Walther Schiff in Wien „Der Arbeiterschutz im Deutschen Reiche und in der österreichisch-ungarischen Monarchie", von August Winnig, stellvertretender Vorsitzender des deutschen Bauarbeiterverbandes, Hamburg „Die Annäherung der Zentralmächte und die Arbeiter" und von Arbeitersekretär Rudolf Wissel in Berlin „Ein Beitrag zur Frage der Annäherung des sozialen Versicherungsrechts Oesterreichs an das Deutschlands" (Teil II S. 169 ff., 247 ff., 267 ff.).

Die staatliche Kriegsinvaliden-Fürsorge. Von Generaloberarzt a. D., Prof. Dr. A. Köhler. Leipzig 1916 bei Georg Thieme. 148 S. Preis 2,80 M.

Eine recht interessante historische Einleitung zeigt, wie die staatliche Fürsorge für die Opfer des Krieges bei uns in ihren Anfängen schon weit zurückreicht, wie sie aber erst seit Einführung der allgemeinen Wehrpflicht allmählich gewachsen und in bestimmten Formen und Regeln festgelegt ist. Dann folgt die Darstellung der heute bei uns geltenden großartigen Kriegs-Invalidenfürsorge, der Behandlung und Nachbehandlung der durch Kriegsverletzungen und Kriegserkrankungen bedingten wirtschaftlichen Schäden, endlich auch der kommunalen und privaten Kriegswohlfahrtspflege, einschließlich der wichtigen Frage der Berufsberatung. Auch ein ausführliches Literaturverzeichnis ist beigefügt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Ergänzungswahlen zu den Kassenorganen.

1. **Nach N.** Antwort: Allerdings ist in dem Bescheide des Handelsministers vom 26. November 1915 (abgedruckt oben S. 153) nur gesagt, daß zu Ergänzungswahlen geschritten werden muß, wenn der Vorstand oder der Ausschuß einer Krankenkasse nicht mehr in der Lage ist, gültige Beschlüsse zu fassen, weil nicht eine genügende Anzahl von Mitgliedern und Ersatzmännern in den Gruppen der Arbeitgeber und der Versicherten zur Verfügung steht. Aber hiermit ist nur der wichtigste Fall der Notwendigkeit von Ergänzungswahlen hervorgehoben. Es kann nicht daraus hergeleitet werden, daß Ergänzungswahlen schlechthin entbehrlich seien, wenn der Ausschuß zwar erheblich unter die vorgeschriebene Mitgliederzahl zusammenschrumpft, aber immerhin noch beschlußfähig ist, wenigstens soweit er nicht in getrennter Abstimmung zu beschließen habe. Vielmehr ist anzunehmen, daß schon dann Ergänzungswahlen vorzunehmen sind, wenn in den Gruppen der Arbeitgeber und der Versicherten nicht mehr so viele Mitglieder des Ausschusses und Ersatzmänner zur Verfügung stehen, als der Ausschuß nach der Satzung Mitglieder haben soll, oder wenn ein solcher Zustand bald einzutreten droht (zu vgl. Gerbaulet in Monatsschr. für Arbeiter- und Angest.Vers. 1915 Sp. 780). Denn es handelt sich hierbei um pflichtmäßige Vorsorge für die Beschlußfähigkeit. Namentlich auch dann ist die alsbaldige Vornahme von Ergänzungswahlen geboten, wenn, wie im vorliegenden Falle, durch die erheblichen Lücken in der Gruppe der Versicherten das vom Gesetze gewollte Verhältnis der beiden Vertretergruppen direkt auf den Kopf gestellt ist.

Verhältnis der ärztlichen Beratungsgebühr zur Untersuchungsgebühr.

2. **Nach Illingen.** Frage: In Ermangelung eines Ärztvertrages zahlen wir für ärztliche Behandlung unserer Mitglieder die Mindestsätze der Preuß. Gebührenordnung vom 15. Mai 1896. Diese betragen nach Ziff. 139 a. a. O. „für Untersuchung auf Schwangerschaft, erfolgte Geburt oder Krankheit" 2 M. Es kommt nun häufig vor, daß weibliche Mitglieder wegen Erkrankung der Gebärmutter, des Muttermundes, der Mutterbänder u. dgl. in ärztliche Behandlung treten und darin mehr oder weniger lange verbleiben. Einer unserer Aerzte berechnet in solchen Fällen nicht nur für die erste Untersuchung, sondern auch für jeden Sprechstundenbesuch in der weiteren Behandlung sowohl die Gebühr von 2 M. aus Ziff. 139 wie auch die Beratungsgebühr nach Ziff. 3. Nach dem Wortlaut der Ziff. 139 glauben wir, daß das zu weit gehe. Wenn es hier heißt: Untersuchung auf Krankheit, so dürften damit nur die Fälle gemeint sein, wo die Untersuchung darauf gerichtet ist, festzustellen, ob eine Krankheit (und welche) vorliegt. Das wird wohl das erstemal fast immer der Fall sein. Hat aber der Arzt bei dieser ersten Untersuchung seine Diagnose einmal gestellt und behandelt er hiernach das Mitglied weiter, so dürfte es im Folgenden sich nicht mehr um Untersuchungen auf Krankheit, sondern je nachdem um Beratungen oder um eine der in den §§ 140—162 aufgeführten Verrichtungen handeln. Allerdings wird der Arzt, um die Wirkungen der Behandlung zu kontrollieren, den erkrankten Teil öfters, vielleicht sogar jedesmal nachsehen müssen, aber das dürfte nicht zu den Untersuchungen im Sinne der Ziff. 139, sondern zu den mit der Beratung verbundenen der Ziff. 5 zu rechnen sein. Ist das richtig?

Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung durchaus bei. Die Vorschrift unter Ziff. 5 bringt den allgemeinen Grundsatz zur Geltung, daß durch die Beratungsgebühr sowohl die Untersuchung als auch das Ergebnis der ärztlichen Entschließung abgegolten wird (Förster, Anm. 42 zu Ziff. 5). Das gilt auch in den hier in Frage stehenden Fällen. Die vorgängige Untersuchung ist hier nur ein notwendiger Teil der Behandlung und wird durch die Beratungsgebühr mit abgegolten.

Befugnis des Kassenvorstandes zu Verfügungen über die Rücklage und zur Einrichtung der Buchführung.

3. **Nach Bromberg.** Antwort: a) Die erste Frage ist verkehrt gestellt. Man müßte umgekehrt fragen, worauf sich denn die Meinung stützen könnte, daß der Vorstand zur Verfügung über die Rücklage der Zustimmung der Aufsichtsbehörde bedürfen solle, denn die Rücklage ist ein Teil des Kassenvermögens, dessen Verwaltung Sache des Vorstandes ist, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt (§ 342 RVO.); es besteht aber keine Vorschrift, die den Vorstand in der Verwaltung der Rücklage durch das Erfordernis einer Genehmigung der Aufsichtsbehörde bei Verwendung oder Anlegung der zur Rücklage gehörigen Bestände beschränkt, sondern der Vorstand ist insoweit nur durch die gesetzlichen Vorschriften in §§ 25 bis 27, 363 bis 365 RVO. gebunden, deren Befolgung — unter Berücksichtigung des Zwecks der Rücklage — allerdings die Aufsichtsbehörde zu überwachen hat (§§ 30, 31).

b) Die zweckmäßige Einrichtung der Buchführung unterliegt, als eine reine Verwaltungsmaßnahme, der freien Entschließung des Vorstandes. Wenn er für sachgemäß hält, neben den vorgeschriebenen Büchern noch andere anzulegen, so hat der Vorsitzende kein Recht, diese Maßnahme zu beanstanden, da sie weder gegen das Gesetz noch gegen die Satzung verstößt (§ 8 RVO.).

Dienstordnung und Anstellung auf Lebenszeit.

4. Nach D. Antwort: Obwohl der Rendant auf Lebenszeit angestellt ist, untersteht er doch, solange ihm nicht die Rechte und Pflichten eines staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen sind, kraft Gesetzes der Dienstordnung (§ 351 Abs. 1 RVO.), wie dies auch in seinem Vertrage noch besonders hervorgehoben ist. Er hat daher im Falle seiner Einziehung zum Heeresdienst Anspruch auf Gehalt nur für die in der Dienstordnung bestimmte Zeit von sechs Monaten. Dem steht die Anstellung „auf Lebenszeit" begrifflich nicht entgegen; denn sie bedeutet nur, daß das Dienstverhältnis, solange der Angestellte lebt, von der Kasse nicht willkürlich durch Kündigung oder Entlassung gelöst werden kann, nicht auch, daß der Angestellte, wenn er an der Dienstleistung verhindert ist, gleichwohl ohne jede zeitliche Begrenzung Anspruch auf die Gegenleistung der Kasse hat.

Antrag eines minderjährigen Ersatzkassenmitgliedes auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei der Pflichtkasse.

5. Nach Hamburg. Frage: Ist zur Stellung des Antrages auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten gemäß § 517 ff. RVO. ein Minderjähriger berechtigt, oder bedarf es hierzu der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters? Unseres Erachtens kann § 113, Satz 1, BGB. in diesem Falle Anwendung finden.

Antwort: Wir sind der Ansicht, daß § 113 BGB. keine Anwendung findet. Diese Vorschrift bezieht sich nur auf die privatrechtlichen Rechtsgeschäfte, die sich aus dem Dienstverhältnis ergeben; die Krankenversicherung ist aber öffentlich-rechtlicher Natur. Ebenso Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 1 zu § 175 bezüglich des Antrages auf Befreiung von der Versicherungspflicht. Für die Angestellten-Versicherung vergl. Entscheidung des Schiedsgerichts für Angest.-Vers. in der Arb.-Vers. 1914 S. 482.

Eine landesrechtliche Dienstbotenkasse (§ 440 RVO.) ist zur Erstattung von Wochenhilfe nach § 197 RVO. nicht verpflichtet.

6. Nach Neuruppin. Antwort: Eine landesrechtliche Einrichtung zur Fürsorge für kranke Dienstboten im Sinne des § 440 RVO. stellt keine Versicherung „auf Grund der Reichsversicherung" im Sinne des § 195 dar und gehört auch nicht zu den im § 197 bezeichneten Kassen, da unter „Krankenkassen" nach der RVO. nur die im § 225 bezeichneten zu verstehen sind. Mithin ist eine Erstattungspflicht der Dienstbotenkasse aus § 197 nicht begründet.

Welcher Kasse gehören die mit häuslichen Arbeiten beschäftigten, aber nicht in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Personen an?

7. Nach Sorau. Antwort: Wir verstehen Ihre Anfrage dahin, daß Sie wissen wollen, zu welcher Krankenkasse diejenigen Personen gehören, die ausschließlich mit häuslichen Diensten beschäftigt werden, aber nicht in die häusliche Gemeinschaft der Herrschaft aufgenommen sind. Sind sie als Dienstboten zu betrachten, so gehören sie der Landkrankenkasse, anderenfalls der Allgemeinen Ortskrankenkasse an. Nach der Preußischen Gesindeordnung setzt der Begriff des Dienstboten die Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft voraus, doch kann diese, wie vielfach angenommen wird, auch dann bestehen, wenn die mit häuslichen Diensten beschäftigte Person außerhalb der Wohnung der Herrschaft wohnt. Vergl. hierzu die Entscheidung des Reichsversicherungsamts in der Arb.-Vers. 1915 S. 61. Es müssen also die näheren Umstände des einzelnen Falles jeweils besonders geprüft werden.

Zur Auslegung des § 3 des Gesetzes, betr. Erhaltung der Anwartschaften aus der Krankenversicherung.

8. Nach Oberfrohna. Antwort: § 3 des Kriegsnotgesetzes vom 4. August 1914 (Arb.-Vers. 1914 S. 567) bestimmt: „Versicherungsberechtigte, deren Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen ist, haben das Recht, binnen sechs Wochen nach ihrer Rückkehr in die Heimat in die Krankenversicherung wieder einzutreten, wenn sie während des gegenwärtigen Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben". Diese Vorschrift kann nach ihrer Fassung zwanglos nur auf solche Kriegsteilnehmer bezogen werden, die von ihrer Versicherungsberechtigung bereits Gebrauch gemacht, dann aber zwei Zahlungstermine versäumt hatten. Denn nach § 314 Abs. 1 erlöschen kann nur eine bereits begründete freiwillige Mitgliedschaft. Auf Personen also, die der Kasse nicht als freiwillige Mitglieder, sei es auf Grund des Beitritts oder auf Grund der Weiterversicherung angehörten, findet § 3 des Gesetzes keine Anwendung. Wer insbesondere bis zum Eintritt in den Kriegsdienst Pflichtmitglied der Kasse, dessen Mitgliedschaft ist, wenn er sich nicht freiwillig weiterversichert hatte, durch Nichtgebrauch der Befugnis aus § 313, aber nicht nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen.

Anspruch einer Krankenkasse wegen irrtümlich gewährter Leistungen gegen den Unterhaltspflichtigen?

9. Nach Altötting. Antwort: Ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung nach § 812 BGB. setzt nach der Rechtsprechung des Reichsgerichts eine unmittelbare Vermögensverschiebung zwischen den Beteiligten voraus. Deshalb kann eine Krankenkasse, die zu Unrecht Kassenleistungen gewährt hat (sofern nicht ein Anspruch gegen eine andere Krankenkasse nach § 224 Ziff. 2 RVO. in Betracht kommt), Ersatz nur von dem Empfänger der Leistung fordern (Hahn in Arb.-Vers. 1916, Heft 5 S. 97). Ist dieser vermögenslos, so wäre hiernach ein Anspruch gegen denjenigen, der ihm zur Gewährung von Unterhalt nach bürgerlichem Rechte (§§ 1601 ff. BGB.) verpflichtet war, nur dann begründet, wenn anzunehmen wäre, daß durch die Leistungen an den Empfänger zugleich der Unterhaltspflichtige unmittelbar auf Kosten der Kasse unterstützt sei. Dies wird für das Gebiet des Armenrechts allerdings auf Grund der Annahme der sogenannten „armenrechtlichen Familieneinheit" anerkannt (zu vgl. RVA. 2076 in Arb.-Vers. 1915 S. 705). Aber dieser Rechtsprechung liegen eben Erwägungen zugrunde, die auf den Besonderheiten der Armenpflegepflicht beruhen, und immer wird dabei vorausgesetzt, daß es sich auf Seiten des Leistenden (des Armenverbandes) um pflichtmäßige Leistungen handelt. Deshalb läßt sich

jener Grundsatz nicht auf eine Krankenkasse übertragen, die ohne Pflicht dem Unterhaltsberechtigten Kassenleistungen gewährt hat.

a) Wochengeld für 57, Stillgeld für 85 Tage. b) Ermäßigung der Beiträge, Erhöhung der Kassenleistungen während des Krieges.

10. Nach Darkehmen. Antwort:

a) Ob die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. September 1915 (Arb.-Vers. 1915 S. 779) der Kasse zur Beachtung mitgeteilt ist oder nicht, ist ganz gleichgültig. Denn solche Entscheidungen binden formell nur die an dem betreffenden Streitverfahren Beteiligten. Die Kasse könnte also, wenn sie die Entscheidung nicht für überzeugend hält, sich auf einen abweichenden Standpunkt stellen. Wir meinen aber, daß sie nichts riskiert, wenn sie das Kriegswochengeld, entsprechend jener Entscheidung, für 57 Tage zahlt; denn es ist anzunehmen, daß das Reich bei der Erstattung der Wochenhilfe sich dem Standpunkt des Reichsversicherungsamts anbequemen wird. Was vom Wochengeld gilt, muß aus gleichen Gründen auch für das Stillgeld gelten; es ist also für 85 Tage zu zahlen (Arb.-Vers. 1915 S. 92).

b) Das Kriegsnotgesetz vom 4. August 1914 (Arb.-Vers. 1914 S. 569) sieht nur als Regelfall Vers. 1914 S. 569) sieht nur als Regelfall die Gewährung der Regelleistungen und die Bemessung der Beiträge auf 4½% vor, bestimmt aber ausdrücklich (im § 1 Abs. 2), daß das Versicherungsamt auf Antrag des Kassenvorstandes die Erhebung niedrigerer Beiträge oder die Gewährung höherer Leistungen — also auch die Einführung der Familienhilfe — verfügen kann.

Verlust der Wählbarkeit zum Versicherungsamt.

11. Nach Detmold. Antwort: Wer aufhört, Arbeitgeber zu sein, bleibt dennoch solange im Versicherungsamt Versicherungsvertreter, bis er durch den Vorsitzenden seines Amtes enthoben wird; denn nach § 52 RVO. hat der Fortfall der Wählbarkeit nicht von selbst den Verlust des Amts zur Folge, vielmehr bedarf es der besonderen Amtsenthebung.

Krankenpflege neben Wochenhilfe bei anormaler Entbindung.

12. Nach Blomberg. Antwort: Nimmt die Entbindung einen anormalen Verlauf, so daß ein Arzt hinzugezogen werden muß, so gilt sie insoweit als Krankheit, und die Kasse muß die dadurch entstehenden Kosten auch insoweit erstatten, als diese über die satzungsmäßige Wochenhilfe oder Kriegswochenhilfe hinausgehen. Hierbei muß sich aber die versicherte Wöchnerin den Beitrag der Kriegswochenhilfe zu den Kosten der Entbindung, soweit sie nicht etwa zur Bezahlung der Hebamme erforderlich sind, anrechnen lassen. Die Kasse muß auch die Aufwendungen für die Medikamente, die infolge des anormalen Verlaufs der Entbindung angewendet werden mußten, erstatten, soweit sie nicht aus dem Entbindungsbeitrag der Kriegswochenhilfe gedeckt werden können.

Soldaten als Mitglieder des Kassenvorstandes. — Vorstandsmitglieder dürfen nicht besoldete Kassenangestellte sein.

13. Nach Hochemmerich. Antwort:

a) Wir verstehen Ihre Darstellung dahin, daß man Sie nicht Ihres Amtes als Vorsitzender des Kassenvorstandes enthoben, sondern nur einen Stellvertreter für Sie gewählt hat, weil Sie infolge Ihrer Einberufung in den Kriegsdienst an der Ausübung Ihres Amtes verhindert waren. Wenn es nun jetzt Ihr Dienst erlaubt, als Vorsitzender tätig zu sein, so können Sie auch ohne weiteres das Amt wieder ausüben, und zwar schon vor Ihrer Entlassung aus dem Militärdienst.

b) Nach § 21 Abs. 4 RVO. ist es verboten, daß besoldete Kassenangestellte dem Vorstand angehören. Hiervon darf auch für die Dauer des Krieges keine Ausnahme gemacht werden.

Berechnung der dreimonatigen Frist des § 315 RVO. bei Aenderung der Kassenzuständigkeit durch Gesetz.

14. Nach Berlin-Friedenau. Frage: Durch die Bundesratsverordnung vom 23. Mai 1914 sind die häuslichen Angestellten, soweit sie Dienste höherer Art verrichten, vom 1. Januar 1915 den Landkrankenkassen zugewiesen. Wie sich kürzlich herausstellte, hat die bis dahin für die Versicherung derartiger Angestellter zuständige Ortskrankenkasse einige von ihnen, obwohl wir zum Schluß v. J. allgemein um ihre Ueberweisung ersuchten, als Mitglieder weitergeführt, und die Beiträge bis jetzt erhoben. Unserem Antrag auf deren Ueberweisung, rückwirkend vom 1. Januar 1915 ab, begegnet die Ortskrankenkasse mit dem Einwand, daß diese Mitglieder bis zur Erkenntnis des Irrtums bei ihr eine formale Mitgliedschaft im Sinne des § 315 erworben haben und die erhobenen Beiträge ihr zustehen. Wir halten diese Ansicht für verfehlt, da die unter Herrschaft des alten Rechts erstattete Anmeldung mit dem Eintritt der Rechtsänderung ihre Wirksamkeit verloren hat, so daß für die Folge eine vorschriftsmäßige Anmeldung, aus der sich allein ein formales Mitgliedschaftsverhältnis herleiten läßt, nicht vorgelegen hat.

Antwort: Wir teilen Ihre Ansicht nicht. Wäre die Ortskrankenkasse zuständig geblieben, so hätte es keiner neuen Anmeldung bedurft, und eine solche kam daher gar nicht in Frage, da das Fortbestehen der Zuständigkeit angenommen wurde. Infolgedessen muß die unter dem alten Rechte vorgenommene Anmeldung auch für das neue als eine vorschriftsmäßige im Sinne des § 315 RVO. gelten. Freilich kann die dreimonatige Frist erst von dem Tage ab gerechnet werden, von welchem ab die Zuständigkeit nicht mehr bestand, d. h. vom 1. Januar 1915, dem Tage der Rechtsänderung, ab. Da von diesem ab die Beiträge drei Monate lang von der Ortskrankenkasse ohne Beanstandung angenommen worden sind, so ist § 315 RVO. anzuwenden und die Landkrankenkasse hat keinen Anspruch auf die Beiträge.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1130 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 11. März 1916 | Heft 8

Ein „Härte-Paragraph" für die Invalidenversicherung!

Von Oberregierungsrat Kobler in München.

Der Reichstag hat am 15. Januar 1916 einstimmig beschlossen, daß die Altersrente künftig vom vollendeten fünfundsechzigsten Lebensjahre an gewährt werden soll. Der Bundesrat scheint den Widerstand gegen diesen Antrag aufgegeben zu haben. (Vgl. den Bericht in der Bayerischen Staatszeitung vom 17. Januar 1916 Nr. 12a). In einer Zeit, in welcher die Beamten im allgemeinen nach Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres ohne Angabe besonderer Gründe in den Ruhestand treten können, wo auch die Offiziere dieses Recht haben und die Angestelltenversicherung den Bezug des Ruhegeldes ebenfalls an die Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres knüpft, ist es nicht mehr möglich für die Invalidenversicherung an der Altersgrenze von siebzig Jahren festzuhalten.

Wenn die Altersgrenze um fünf Jahre herabgesetzt wird, liegt es nahe, auch die Wartezeit für die Altersrente entsprechend zu kürzen, also nicht nur den § 1257, sondern auch den § 1278 RVO. zu ändern. Bereits werden Stimmen laut, die mehr verlangen. So beschäftigt sich mit den Bestimmungen über die Wartezeit für die Altersrente im allgemeinen ein Aufsatz in der „Sozialen Praxis" (Nr. 11 vom 16. Dezember 1915 Sp. 260). Der Verfasser weist verschiedene Mängel nach und fordert eine Verbesserung.

Noch viel schroffer zeigt sich aber die Härte der gesetzlichen Bestimmungen über die Wartezeit und über das Erlöschen der Anwartschaft manchmal, wenn es sich um Invalidenrenten handelt. Hier möchte es um so notwendiger scheinen die bessernde Hand anzulegen; den Invalidenrenten kommt ja eine bei weitem größere Bedeutung zu, als den Altersrenten.

Die Wartezeit dauert bei der Invalidenrente, wenn für den Versicherten auf Grund der Versicherungspflicht mindestens hundert Beiträge geleistet worden sind, zweihundert, andernfalls fünfhundert Beitragswochen (§ 1278 RVO.). Die Beiträge für die freiwillige Versicherung werden auf diese Wartezeit wieder nur dann angerechnet, wenn mindestens hundert Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Selbstversicherung geleistet worden sind (§ 1279 RVO.). Oft hängt hiernach das Schicksal eines Rentenantrages von einigen wenigen Marken ab. Hie und da handelt es sich nur um den Mangel einer oder zweier Beitragsmarken, die gemäß §§ 1442 ff. RVO. sich nicht mehr in wirksamer Weise nachbringen lassen.

Das Reichsversicherungsamt hat in einem solchen Falle durch eine — nicht veröffentlichte — Revisionsentscheidung vom 19. Febr. 1913 ausgesprochen, daß es bei Würdigung des Ergebnisses der gesamten Beweisaufnahme nicht so sehr darauf ankomme, ob

ziffermäßig genau hundert Pflichtwochen nachgewiesen sind; es müsse nur eine gewisse tatsächliche Vermutung dafür sprechen, daß der Rentenbewerber während hundert Wochen eine versicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt habe. Auch der Grundsatz der Revisionsentscheidung 1292 Amtl. Nachr. 1906 S. 662 wird auf eine ähnliche Auffassung der Rechtslage zurückzuführen sein; nach dieser Entscheidung werden auch Krankheitswochen auf die hundert Pflichtbeiträge angerechnet, von deren Leistung die Verkürzung der Wartezeit auf zweihundert Beitragswochen abhängt.

Dem Reichsversicherungsamt schwebt dabei offenbar der Gedanke vor, der durch § 242 BGB. das gesamte Schuldverhältnis des bürgerlichen Rechtes beherrscht. Treu und Glauben, das „aequum et bonum" der Römer, soll die Richtschnur des Rechtsverkehrs sein. „Summum ius" soll nicht „summa iniuria" werden können. Wir werden alle mit der Tendenz dieser Entscheidungen einverstanden sein. Aber die erste Entscheidung berücksichtigt den Wortlaut des Gesetzes überhaupt nicht und die zweite gibt selbst zu, daß der Wortlaut eine andere Deutung zulasse; ich möchte sagen, daß der Wortlaut sogar eine andere Deutung fordere. So sehr wir also die wohlwollende Absicht der obersten Instanz anerkennen, so lassen sich doch die Bedenken nicht ganz unterdrücken, die gegen den eingeschlagenen Weg im allgemeinen bestehen. Wenn auch dem Gesetzgeber eine zu weitgehende Begünstigung des Formenwesens nicht zugemutet werden darf, so muß sich doch die Versicherung in bestimmten Formen vollziehen. Diese Formen sind zwar berufen dem Zwecke zu dienen und nicht ihn zu beherrschen, aber sie dürfen nicht durch eine rein gefühlsmäßige Rechtsanwendung aufgelöst werden. Ueberdies birgt jede Schöpfung eines allgemeinen Grundsatzes, in dem sich das starre Recht zur Milde herunterneigt, wieder eine Gefahr in sich. Ein solcher Grundsatz greift vielleicht weiter, als es nötig ist, und muß auf Fälle angewendet werden, in denen es nicht notwendig wäre, eine besondere Milde walten zu lassen; der wohlwollendste Grundsatz kann aber nicht alle Härte ausschließen. Das Leben ist vielgestaltig und erfindet immer neue Fälle und die sorgsamste Denkarbeit befähigt nicht dazu, alle individuellen Interessen jedes einzelnen Falles im voraus abzuwägen.

Ich glaube deshalb, daß sich eine allgemeine Formel zur Vermeidung von Unbilligkeiten überhaupt nur dann finden läßt, wenn man die Rücksicht auf den einzelnen Fall ausdrücklich in die Formel aufnimmt. Man muß einen sogenannten Härte-Paragraphen einfügen. Die neuere Gesetzgebung erkennt eine solche Notwendigkeit immer mehr. Bei der Reform unseres Strafrechtes soll der Richter eine unbeschränkte Befugnis zur Milderung einer Strafe erhalten. Auch in die Ausführungsbestimmungen, welche der Bundesrat zum Gesetze über vorbereitende Maßnahmen zur Besteuerung der Kriegsgewinne vom 24. Dezember 1915 erlassen hat, ist ein solcher Härte-Paragraph auf Grund gesetzlicher Ermächtigung gekommen. Der Haushaltsausschuß des Reichstages verlangte dies bei der zweiten Lesung des Gesetzentwurfes, und § 9 Abs. 3 der Ausführungsbestimmungen (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1916 S. 29) gibt dem Reichskanzler und Bundesrat die Befugnis eine andere Festsetzung des Geschäftsgewinnes zu genehmigen, wenn die Anwendung der Vorschriften des § 5 des Gesetzes in einem einzelnen Falle zu einer besonderen Härte führen würde.

Was ich soeben über die Vorschriften über die Wartezeit auseinandergesetzt habe, das gilt auch für die Bestimmungen über das Erlöschen der Anwartschaft; für sie vielleicht sogar in noch höherem Maße. Die Anwartschaft erlischt, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstage weniger als zwanzig Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Weiterversicherung entrichtet worden sind (§ 1280 RVO.). Diese Vorschrift führt oft zu großen Härten. Manchmal läßt sich eine solche Härte mit der Annahme beseitigen, daß die Beteiligten die Beitragsmarken in der günstigsten und zweckmäßig-

sten Weise verwenden wollten. Aber wenn es sich um Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht handelt, kann auch diese Hilfe versagen. Häufig kommt es vor, daß die Entrichtung der Beiträge durch Rentenstreitigkeiten in Unordnung gerät und die Anwartschaft erlischt, auch wenn der Versicherte sein ganzes Arbeitsleben hindurch regelmäßig Beiträge geleistet hat. Seelmann weist in seinem Leitfaden für die Versicherungsämter (3. Auflage S. 5 und 7) mit Recht darauf hin, daß die überflüssige Aufrechnung der alten Quittungskarte und die dadurch veranlaßte Ausstellung einer neuen Quittungskarte, wie sie bei Anträgen auf Gewährung der Invalidenrenten üblich ist, die Rechtslage der Versicherten verschlechtert. Nach der Abweisung eines Gesuches bekommt der Versicherte die alte Karte nicht mehr zu Gesicht; sie bleibt bei den Akten der Versicherungsanstalt, und die Vereinigung der Markenverwendung wird in der Regel vergessen.

Besonders hart wird es immer empfunden, daß selbst die ungenaue oder irrige Auskunft einer Behörde den Belehrten nicht entlastet, wenn er auf Grund dieser Auskunft versäumt die Anwartschaftsfrist einzuhalten. Um Auskunft pflegt der Versicherte die Gemeindebehörden anzugehen. Die Bestimmungen des Gesetzes sind nicht so gefaßt, daß man jeder Gemeindebehörde zumuten kann, die Rechtslage vollkommen zu überschauen. Nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts kommt es z. B. bei dem Vollzuge des § 1280 RVO. auf den Zeitpunkt an, für welchen jede Marke verwendet werden soll. Den Gemeindebehörden kann man es aber nicht verargen, wenn sie die Zeit für maßgebend ansehen, zu der die Marken eingeklebt wurden. Gerade in dieser Richtung haben sich die Versicherten manchmal unrichtig belehren lassen. Der Versicherte hat es dann in gutem Glauben unterlassen, weitere Beiträge zu entrichten. Gegen die Folgen der Säumnis gibt es aber keine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand; denn die zwei Jahre des § 1280 sind keine Verfahrensfrist im Sinne des § 131 RVO.

In einem merkwürdigen Falle*) handelte es sich darum, ob die zweijährige Frist vom Tage der Ausstellung der Quittungskarte ab oder erst von dem Tage an zu rechnen ist, welcher auf die Ausstellung folgt. Die Quittungskarte war an einem Sonntage ausgestellt; in ländlichen Gemeinden pflegen solche Geschäfte an Sonn- und Feiertagen vorgenommen zu werden. Die Beitragswoche beginnt aber nach gesetzlicher Vorschrift erst mit dem Montag (§ 1387 RVO., § 30 JVG.). Fiel der Sonntag in den Anwartschaftszeitraum hinein, so vermehrte sich die Zahl der entrichteten Beiträge um einen; für die Woche welche mit dem Sonntag schloß, war eine Marke eingeklebt worden und diese konnte allenfalls auf zwei Anwartschaftsperioden verrechnet werden. Diese eine Marke sollte vielleicht über das Schicksal des Rentenanspruches entscheiden.

Das Volk hat für solche Feinheiten kein Verständnis; vielmehr erbittert nichts so sehr, als wenn aus formalen Gründen materielle Ansprüche abgewiesen werden. Bereits im Jahre 1913 waren deshalb Bestrebungen im Gange, welche auf Abhilfe hinzielten. (Vgl. die Mitteilung der „Information“ in der Bayerischen Staatszeitung Nr. 100 vom 29. April 1913). Diese Bestrebungen haben zu keinem Ergebnisse geführt. Auch hier könnte wohl nur ein Härte-Paragraph helfen.

Für diesen Härte-Paragraphen ließe sich vielleicht eine Fassung finden, die ungefähr so lautet:

> Von den §§ 1278, 1279 und 1280 RVO. ist abzusehen, insoweit ihre Anwendung in einem einzelnen Falle zu einer besonderen Härte führen würde; die Versicherungsanstalt und das Oberversicherungsamt bedürfen hierzu der Genehmigung des Reichsversicherungsamtes (Landesversicherungsamtes). Auf die Sonderanstalten ist diese Vorschrift entsprechend anzuwenden.
>
> Die Nichtanwendung des Absatzes 1 gilt auch dann als Revisionsgrund, wenn das

*) Vgl. Mitteilungen des Kgl. Bayr. Landesversicherungsamtes 1915 S. 187 Nr. 63.

Oberversicherungsamt diese Vorschrift noch nicht anwenden konnte.

§ 1420 Satz 2 RVO. muß nicht ausdrücklich erwähnt werden; er stellt nur eine Beweisregel auf, und die Härten, die sich hierbei ergeben können, werden schon dadurch beseitigt, daß die Erhaltung der Anwartschaft überhaupt in einem Falle angenommen werden kann, in welchem die Voraussetzungen des § 1280 nicht vollständig zutreffen.

Vielleicht könnte nicht bloß die Revision, sondern sogar die Wiederaufnahme eines Verfahrens zugelassen werden, welches durch rechtskräftiges Urteil abgeschlossen ist. Die Bundesratsverordnung über die Anrechnung der Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vom 23. Dezbr. 1915 (RGBl. S. 845) sieht dies bereits für die darin geregelten Fälle vor. Der Gedanke ist jedenfalls sehr zweckmäßig. Es ist zwar ein ungewöhnlicher Vorgang, wenn eine Aenderung der Gesetzgebung die Wiederaufnahme eines bereits abgeschlossenen Verfahrens herbeiführt; denn man hat sich daran gewöhnt, diesen außerordentlichen Rechtsbehelf nur in Fällen angewendet zu sehen, wo außerordentliche Mängel des Verfahrens geheilt werden müßten. Aber dem Billigkeitsgefühl trägt es erst Rechnung, wenn die Aenderung einer gesetzlichen Bestimmung, die allgemein als Unrecht empfunden wird, möglichst weit zurückwirkt.

Man spricht immer davon, daß unser Recht volkstümlich werden muß. Vielleicht bringt uns dieser Vorschlag näher an das Ziel.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bademeister im Sanatorium als Angestellter in gehobener Stellung.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 6. Mai 1915.

Die Angestellten sind in dem Sanatorium des Hofrats Dr. E. in B. als Bademeister bzw. Bademeisterin gegen ein monatliches Gehalt von 55 M. und freie Station bei monatlicher Kündigungsfrist und Gehaltszahlung tätig.

Die Zahl der Besucher des Sanatoriums hat in dem Geschäftsjahr 1913 338 betragen. Zur Beurteilung der Versicherungspflicht ist davon auszugehen, daß das Versicherungsgesetz für Angestellte davon Abstand genommen hat, den Begriff des versicherungspflichtigen Angestellten genau zu umschreiben, insbesondere in § 1 die versicherungspflichtigen Berufe erschöpfend aufzuzählen. Der Kreis der Versicherungspflichtigen ist vielmehr dadurch abgegrenzt, daß nach unten hin alle der handarbeitenden Bevölkerungsklasse angehörenden Personen (Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten usw.), nach oben hin die Selbständigen von der Versicherungspflicht ausgeschlossen sind. Innerhalb dieser Grenzen sind in umfassender Ausdehnung der Versicherungspflicht alle Angestellten unterworfen, soweit nicht durch die gesetzliche Höchstgehaltsgrenze oder sonstige Umstände Befreiung eintritt. Dieser bereits in der Begründung zum Angestelltenversicherungsgesetz zum Ausdruck gekommenen Auffassung haben sich Literatur und Rechtsprechung angeschlossen (vgl. Begr. S. 93, die Kommentare zum Versicherungsgesetz für Angestellte: Mentzel-Schulz-Sitzler Einl. S. 7, Manes § 1 Anm. 7, Hagen § 1 Anm. 45; Beschluß des Oberschiedsgerichts vom 16. Juni 1914 zu B 223/13).

Darüber, daß die Angestellten nicht zu den Selbständigen gehören, kann kein Zweifel bestehen. Es kommt also darauf an, ob sie nach der Art der Beschäftigung der handarbeitenden Bevölkerungsklasse zuzurechnen sind.

Die Angestellten verabfolgen sämtliche Arten von Wasserbädern (Duschen-, Voll- und Halbbäder verschiedener Wärmegrade, Kohlensäure-, Sauerstoff-, Sool-, Salz-, Fichtennadel- und ähnliche Bäder) und bereiten diese Bäder vor. Dabei liegt ihnen die Bedienung des Publikums, das Reinigen der Zellen und der Badegeräte ob. Außerdem üben die Angestellten Massage aus und verabfolgen Moor- und Lichtbäder.

Die Bäder und die schwierige Massage verabreichen sie nur auf ärztliche Anweisung und unter ärztlicher Aufsicht. Die Verabfolgung von Wasserbädern und die dienstbotenähnliche Beschäftigung nehmen den größeren Teil der täglichen Arbeitszeit der Angestellten in Anspruch. Irgendwelche Personen unterstehen ihnen bei ihren Verrich-

tungen nicht. Die Angestellten haben sich ihre Sachkunde durch den Besuch eines Lehrkursus angeeignet und eine Fachprüfung bestanden.

Nach dem vorstehenden Sachverhalt sind die Angestellten nicht mehr der handarbeitenden Bevölkerungsklasse zuzurechnen. Wenn ihnen auch keinerlei Leitungs- und Anordnungsbefugnisse zustehen, so ist ihre Arbeit doch höher zu bewerten als gewöhnliche Handarbeit. Die Ausübung der Massage, die Verabreichung von Licht-, Moor- und Kohlensäurebädern ist eine Tätigkeit, durch die ärztlich angeordnete Heilbehandlung ausgeführt wird. Sie setzt umfangreiche Kenntnisse, insbesondere über den Bau des menschlichen Körpers voraus und erfordert weitgehende Sorgfalt und Aufmerksamkeit, insbesondere kann bei der Verabfolgung der medikamentösen Bäder das kleinste Versehen schwere Nachteile für die Gesundheit des Patienten im Gefolge haben. Die Verantwortung, die die Angestellten insoweit tragen, ist daher eine große und überschreitet das Maß der Verantwortlichkeit, das einen gewöhnlichen Handarbeiter trifft. Desgleichen sind die Vorkenntnisse, die die Angestellten zur Ausübung ihrer Tätigkeit befähigen, erheblich größere, als sie von einem gewöhnlichen Handarbeiter verlangt werden.

Die Tatsache, daß zurzeit die Verabreichung von Wasserbädern und die dienstbotenähnliche Beschäftigung den größeren Teil der täglichen Arbeitszeit der Angestellten in Anspruch nehmen, kann für die Beurteilung der Stellung der Angestellten nicht entscheidend ins Gewicht fallen; denn wenn der Arbeitgeber eine ausreichende Anzahl Patienten hätte, die in einwandfreier Weise zu massieren sind und mit Licht-, Moor- oder Kohlensäurebädern zu behandeln wären, würde er die Angestellten nur mit derartigen Dienstleistungen beschäftigen und für die niederen Arbeiten andere Personen halten. Lediglich weil die Angestellten für ihr eigentliches Fach kein genügendes Betätigungsfeld haben, haben sie zurzeit auch niedere Arbeiten zu verrichten. Für die Beurteilung ihrer Stellung muß aber die höhere Tätigkeit, die nicht von jedem Arbeiter geleistet werden kann, und die für ihre Annahme als Bademeister bestimmend gewesen ist, als maßgebend erachtet werden. Hierfür spricht auch ihr verhältnismäßig hoher Entgelt von 55 M. monatlichem Gehalt und freier Station, sowie die monatliche Kündigung. Die Angestellten sind hiernach in die Gruppe der gehobenen Angestellten einzureihen, zu der nicht nur solche Angestellten gehören, die mit Leitungs- und Aufsichtsbefugnissen ausgestattet sind, vielmehr auch diejenigen Angestellten, bei denen schon die Art der von ihnen ausgeübten Tätigkeit ihre Stellung über die eines Handarbeiters hinaushebt. Unstreitig und zweifellos bildet die Beschäftigung der Angestellten ihren Hauptberuf.

Damit sind alle Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 Angest.Vers.-Ges. gegeben.

B. Zur Krankenversicherung.

Bestimmung über die Verwendung von Kassenmitteln für den Besuch von Versammlungen (RVO. § 363 Abs. 2).

Erlaß der **preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw.** vom 16. Februar 1916.

Auf Grund der § 363 Abs. 2 und § 413 Abs. 2 RVO. bestimmen wir unter Aufhebung unserer Bestimmungen vom 12. Juni 1914 (HMBl. S. 326) folgendes:

§ 1.

Den Krankenkassen (RVO. § 225) wird die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen der Kassenvereinigungen (RVO. § 414) hierdurch unter den nachstehenden Voraussetzungen gestattet:

1. Die Versammlungen dürfen nur den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen.
2. Krankenkassen mit weniger als 10 000 Mitgliedern dürfen einen Vertreter, Krankenkassen mit 10 000 bis 50 000 Mitgliedern zwei und solche mit mehr als 50 000 Mitgliedern drei Vertreter entsenden.

   Als Vertreter darf nur entsendet werden, wer die Mehrheit der Stimmen aus der Gruppe sowohl der Arbeitgeber als auch der Versicherten im Vorstand erhält.
3. Als Entschädigung für den Besuch der Versammlungen erhalten die Vertreter die ihnen in ihrer Eigenschaft als Mitglieder der Organe oder als Angestellte der Kasse zustehenden Bezüge.
4. Die Krankenkassen haben dem Versicherungsamte von der Entsendung der Vertreter vorher unter Beifügung der Einladung und Angabe der Beratungsgegenstände Anzeige zu erstatten.

§ 2.

Das Oberversicherungsamt kann den Kassen-

verbänden (RVO. § 406) die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen der Kassenvereinigungen, die den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen, gestatten, wenn mehr als die Hälfte der dem Kassenverband angeschlossenen Krankenkassen zugleich auch Mitglieder der Kassenvereinigung sind. Bei Bemessung der Zahl der Vertreter ist unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen im § 1 Ziff. 2 Abs. 1 die Zahl der Mitglieder der dem Verband angeschlossenen Krankenkassen zu berücksichtigen.

§ 3.

Die Verwendung von Kassenmitteln der Krankenkassen und Kassenverbände zum Besuche von anderen als vorstehend bezeichneten Versammlungen bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts.

§ 4.

Zur Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen außerhalb des Deutschen Reichs ist unsere Genehmigung erforderlich.

§ 5.

Auf Betriebskrankenkassen des Reichs und des Staates finden diese Bestimmungen keine Anwendung. Für diese Betriebskrankenkassen bleibt der Erlaß von Anordnungen den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden vorbehalten.

Berechnung des Ersatzanspruchs der Kasse für Kriegswochengeld bei versicherten Wöchnerinnen.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Karlsruhe** vom 29. Januar 1916 (Nr. 177).

Die Allgemeine Ortskrankenkasse hat gemäß § 195 RVO. in Verbindung mit den §§ 28, 18, 19, Abs. 1, Ziff. 2 und Abs. 2 der Kassensatzung Wöchnerinnen ein Wochengeld für acht Wochen — seit 4. August 1914 gemäß § 1 und 5 des Reichsgesetzes betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 Sonn- und Feiertage ausgenommen in Höhe des Krankengeldes zu gewähren.

Unterm 5. Februar 1915 hat die Ortskrankenkasse dem Versicherungsamt Pforzheim die in § 5 der Bekanntmachung des Bundesrats betr. Wochenhilfe während des Kriegs, vom 3. Dezember 1914, und in § 1 und 2 der Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Nachweisung, Verrechnung und Zahlung der von den Krankenkassen verauslagten Beträge für Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 vorgeschriebene Nachweisung der Ausgaben für Wochenhilfe in den Monaten Dezember 1914 und Januar 1915 eingereicht und um Anweisung des zum Ersatz bei dem Reiche angeforderten Betrags ersucht.

Das Versicherungsamt Pforzheim hat mit Verfügung vom 25. Februar 1915 unter anderem auch beanstandet, daß von der Kasse die Art der Berechnung des vom Reich geforderten Ersatzes für an die Frauen von Kriegsteilnehmern im Sinne des § 1 der bezeichneten Verordnung des Bundesrats vom 3. Dezember 1914 gewährtes Wochengeld (§ 3 Ziff. 2 a. a. O.), der Bestimmung in § 5 der genannten Bundesratsverordnung nicht entspreche. Dagegen hat der Vorstand der Ortskrankenkasse Beschwerde erhoben.

Das Oberversicherungsamt hat die Beschwerde in Anwendung der §§ 1693, 1799 RVO. dem Reichsversicherungsamt vorlegen zu müssen geglaubt. Das Reichsversicherungsamt hat jedoch die Akten unter Bezugnahme auf die grundsätzliche Entscheidung 2136 Amtl. Nachr. 1915 S. 817 (Arb.-Vers. 1916 S. 111) zur eigenen Entscheidung zurückgegeben. Hierauf hat das Oberversicherungsamt der Beschwerde entsprochen aus folgenden Gründen:

Das Versicherungsamt geht in seiner Entscheidung davon aus, daß das Kriegswochengeld als eine Gesamtleistung und nicht als eine Summe von wöchentlich zu zahlenden Einzelleistungen zu betrachten ist und daß deshalb bei Prüfung der Frage, ob das satzungsmäßige Wochengeld der versicherten Ehefrauen von Kriegsteilnehmern die Mindestleistung des § 3 Ziff. 2 der obenerwähnten Bekanntmachung des Bundesrats erreicht, für jeden Tag eine Mark in Rechnung zu stellen, der hiernach sich ergebende Betrag mit der Summe des satzungsmäßigen Wochengeldes zu vergleichen und durch Vergleichung der beiden Endsummen festzustellen ist, ob die Mindestleistung des § 3 Ziff. 3 a. a. O. erreicht ist.

Nach dieser Auffassung hätte die Ortskrankenkasse z. B. im Falle zu Ord.-Ziff. 2 der vorgelegten Nachweisung an das Reich für Wochengeld als Ersatz nur den Betrag von 1 M. zu fordern, nämlich Kriegswochenhilfe für die Zeit vom 3. Dezember 1914 bis 2. Januar 1915 einschließlich, d. i. für 31 Tage — einschließlich vier Sonntage (6., 13., 20., 27. Dezember) und drei Feiertage (25. und 26. Dezember 1914 und 1. Januar 1915) — täglich 1 M. = 31 × 1 = 31 M. satzungsmäßiges Krankengeld in der gleichen Zeit für 24 Arbeitstage täglich 1,25 M. = 30 M., das ergibt einen Mehrbetrag zugunsten der Krankenkasse in Höhe von 1 M.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse ist demgegenüber der Auffassung, daß jede Kalenderwochenleistung für sich zu berechnen und auf Grund dieser Wochenleistung festzustellen ist, ob der Mindestbetrag von einer Mark täglich in dieser Woche erreicht ist, so daß für den Fall, daß der letzte Tag des Wochengeldbezugs auf einen Sonntag fällt, für welchen die Kasse satzungsgemäß nichts zu leisten hat, sie dennoch eine Mark für diesen Sonntag vorschußweise zu zahlen habe, da sonst der Mindestbetrag von einer Mark für die mit diesem Sonntag beginnende neue Woche nicht erreicht würde.

Danach hat die Ortskrankenkasse ihre Ersatzforderung in dem oben erwähnten Falle Ord.-Ziff. 2 der Nachweisung berechnet, wie folgt:

Woche:	Kriegswochengeld täglich	Satzungsmäßiges Wochengeld für Arbeitstage	Ersatzfähige Mehrleistung der Krankenkasse
3/5. Dez. 14	M. 3.—	3×1,25 = 3,75	M. —,—
6/12. „ „	„ 7.—	6×1,25 = 7,50	„ —,—
13/19. „ „	„ 7.—	6×1,25 = 7,50	„ —,—
20/26. „ „	„ 7.—	4×1,25 = 5.—	„ 2,—
27/12. b. 2/1. 15	„ 7.—	5×1,25 = 6,25	„ —,75
			Summa M. 2,75

Regierungsrat J. Krause, Direktor des gemeinsamen Oberversicherungsamts zu Gera, vertritt in seinem Kommentar zu den Bekanntmachungen des Bundesrats betr. Kriegswochenhilfe Bd. I, 2. Aufl. 1915 S. 67, Anm. 1 zu § 5 dagegen die Meinung, nicht darauf komme es an, ob weniger als 7 M. wöchentlich gezahlt werden, sondern darauf, ob weniger als eine Mark täglich gezahlt und auch für Sonn- und Feiertage dies Wochengeld gewährt wird. Die Wöchnerin erhalte ein Wochengeld von einer Mark „täglich", nicht von sieben Mark wöchentlich. An den Tagen, an denen die Kasse über ihre satzungsgemäße Verpflichtung hinaus an Sonn- und Feiertagen und an Arbeitstagen in höherem Betrage Wochengeld gewährt habe, habe sie auch Ersatz gemäß § 5 der oben erwähnten Bundesratsverordnung an das Reich zu fordern.

Nach dieser Auffassung würde die Ersatzforderung der Ortskrankenkasse sich für die vier Sonntage und drei Feiertage, an denen sie in der Zeit vom 3. Dezember 1914 bis einschließlich 2. Januar 1915 nach ihrer Satzung kein Wochengeld zu zahlen gehabt hätte, auf 7 × 1 M. = 7 M. sich berechnen.

Wenn für diese Auffassung auch der Wortlaut der §§ 5 und 3 Ziff. 2 der Bundesratsverordnung zu sprechen scheint, so teilt das Oberversicherungsamt doch in Uebereinstimmung auch mit der Auslegung im Schreiben des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) vom 10. Dezember 1914 — abgedruckt u. a. in der Deutschen Krankenkassenzeitung 1914 S. 262 (Arb.-Vers. 1915 S. 10) — die von der Ortskrankenkasse in ihrer Beschwerde vertretene Auffassung.

Kein Anspruch aus § 197 RVO., wenn die frühere Kasse der Wöchnerin bei der Niederkunft geschlossen war.

Entsch. des Reichsversicherungsamts, 2. Rev.-Sen., vom 2. November 1915.

Der Erstattungsanspruch ist, wie das Versicherungsamt zutreffend angenommen hat, nicht begründet. Er ist nach dem 1. Januar 1914 entstanden, weil die Entbindung nach diesem Tage stattgefunden hat. Gemäß § 197 RVO. kann der Erstattungsanspruch nur gegen eine Kasse gerichtet werden, der die Wöchnerin im letzten Jahre vor der Entbindung angehörte. Als solche Kasse kommt hier die Ortskrankenkasse der Schneider usw. in Betracht. Diese bestand jedoch z. Z. der Entstehung des Anspruches nicht mehr, da sie mit Ablauf des 31. Dezember 1913 geschlossen worden war. Die an ihre Stelle getretene Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin würde somit nach allgemeinen Grundsätzen für den Erstattungsanspruch nur dann haften, wenn sie Rechtsnachfolgerin der geschlossenen Kasse wäre. Das ist nicht der Fall. Allerdings hatte sie nach näherer Vorschrift des § 300 RVO. die Mitglieder der alten Kasse zu übernehmen; auch war ihr nach § 303 a. a. O. der nach Abwicklung der Geschäfte der geschlossenen Kasse etwa verbliebene Vermögensbetrag zu überweisen. Daraus folgt aber nicht, daß sie allgemein Rechtsnachfolgerin der früheren Kasse geworden ist. Sonst wäre z. B. die Vorschrift des § 301 a. a. O. überflüssig. Danach wickelt der Vorstand der geschlossenen Kasse deren Geschäfte ab. Bis zur Abwickwicklung gilt die Kasse als fortbestehend, soweit es der Zweck der Abwicklung erfordert. Dieser Vorschrift hatte es nicht bedurft, wenn die neue Kasse allgemein Rechtsnachfolgerin der geschlossenen wäre. Denn dann wäre die Abwicklung der Geschäfte Sache der neuen Kasse gewesen. Im übrigen bezieht sich die im § 301 a. a. O. vorgeschriebene Abwicklung der Geschäfte, soweit es sich um Verpflichtungen der Kasse handelt, naturgemäß nur auf solche Verpflichtungen, die bei Schließung der Kasse schon bestanden oder durch Abwicklung der Geschäfte begründet wurden (vgl. § 301 Abs. 2 RVO). Eine derartige Verpflichtung kommt vorliegend nicht in Frage. Der Erstattungsanspruch ist, wie dargelegt, erst nach Schließung der Kasse entstanden und auch nicht erst durch die Abwicklung der Geschäfte zur Entstehung gelangt. Der Anspruch kann somit auch nicht, wie Klägerin meint, auf § 301 RVO. gestützt werden. Der von dem Oberversicherungsamt hervorgehobene Umstand, daß die Beklagte den Vermögensbestand der geschlossenen Kasse erhalten hat, kann für sich allein den Erstattungsanspruch nicht begründen (vgl. Arb.-Vers. 1914 S. 318 Nr. 5). Die Berufung war demnach zurückzuweisen.

Beginn der Verjährung des Anspruchs auf Kassenleistungen.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts (2. Sen.) vom 14. Dezember 1915 (III 1904/14).

Hinsichtlich der Frage der Verjährung konnte den Vorentscheidungen nicht beigetreten werden. Wie diese Entscheidungen an sich nicht verkennen, beginnt die Verjährung eines Anspruches erst mit dessen Entstehung. „Entstanden" in diesem Sinne

ist aber ein Anspruch auf eine Leistung erst in dem Augenblicke, in dem der Berechtigte die Leistung zu fordern befugt ist, also mit der Fälligkeit der Leistung. Daraus ergibt sich, daß bei einem Anspruch auf wiederkehrende Leistungen für das Recht auf jede einzelne Leistung eine besondere Verjährungsfrist läuft, die mit der Fälligkeit der Leistung beginnt. Dies ist für das bürgerliche Recht im Kommentar der Reichsgerichtsräte 2. Aufl. zu § 198 BGB. Anm. 2 ausdrücklich hervorgehoben. Die dort angestellten Erwägungen gelten auch für das Versicherungsrecht, da auch für dieses ebenso wie in § 198 BGB. der Beginn der Verjährung von der Entstehung des Anspruches abhängt.

Da nun nach § 6 des hier maßgebenden Krankenversicherungsgesetzes der Anspruch auf Zahlung von Krankengeld mit Ablauf jeder Woche fällig wird, so beginnt nach dem zuvor Erörterten für jede Wochenrate mit deren Fälligkeit eine besondere Verjährung. Hinsichtlich der Krankenpflege hat das Gesetz Fälligkeitsvorschriften nicht getroffen. Sie ist naturgemäß mit jedem neuen Krankheitstage von neuem zu gewähren. Daraus folgt, daß auch der Anspruch auf Gewährung von Krankenpflege ein Anspruch auf fortlaufende Leistungen ist und mit dem Beginn der Erkrankung nicht schon die Verjährung des gesamten Anspruchs auf Krankenpflege für die ganze Dauer der Krankheitszeit beginnen kann, vielmehr für jeden weiteren Tag der Pflegebedürftigkeit eine neue Verjährung des Anspruches auf Krankenpflege zu laufen anfängt. Diese Auffassung ist auch die in Rechtsprechung und Schrifttum herrschende und wird insbesondere von Hoffmann in seinem Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz (Anm. 2 zu § 56) vertreten. Auch Hahn hat, soweit das Krankengeld in Frage kommt, schon in seinem Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz (6. Aufl. Anm. 1a zu § 56) dieselbe Ansicht geäußert und war nur für den Anspruch auf Krankenpflege abweichender Meinung. Er hat aber diese abweichende Meinung in seinem Handbuch der Krankenversicherung (Anm. 2a zu § 223 RVO.) nicht aufrechterhalten und sich nunmehr auch bezüglich der Verjährung des Anspruchs auf Krankenpflege der herrschenden Meinung angeschlossen. . .

Verwahrung und Anlegung von Beständen einer Betriebskrankenkasse.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 9. Oktober 1915 (2133 Amtl. Nachr. 1915 S. 812).

Bei der Krankenkasse für die Zinkhütte in D. wurde seit dem Jahre 1912 der Vermögensbestand der Kasse in dem feuersicheren Tresor der Werksbesitzerin aufbewahrt. Nachdem dies Verfahren von der Aufsichtsbehörde beanstandet worden war, wurde die Rücklage der Kasse auf einem Sparkassenbuche bei der Aufsichtsbehörde hinterlegt. Für die Betriebsgelder gewährte die Werksbesitzerin der Krankenkasse ein Darlehen, und zwar in der Form, daß 10 000 M. dreiprozentige deutsche Reichsanleihe der Kasse überlassen wurden. Diese wurden von der Krankenkasse gleichfalls bei der Aufsichtsbehörde hinterlegt. Die Werksbesitzerin, die das Darlehn gewährt hatte, belastete die Kasse mit seinem Werte, so daß die Kasse je nach dem Kurswert der Wertpapiere Schuldnerin der Werksbesitzerin war. Die Kasse lieferte ihrerseits die laufenden Einnahmen an die Werksbesitzerin ab. Diese schrieb die so eingehenden Beträge der Kasse in fortlaufender Rechnung gut, so daß sich die Schuld der Kasse der Werksbesitzerin gegenüber um die abgeführten Beträge ermäßigte. Hatte die Kasse Ausgaben zu machen, so leistete die Werksbesitzerin einen Vorschuß, auf den später die an die Werksbesitzerin abgeführten Einnahmen verrechnet wurden. Da das Versicherungsamt der Ansicht war, daß dies Verfahren den gesetzlichen Vorschriften nicht entspreche, zumal auch eine ordnungsmäßige behördliche Kassenprüfung nicht möglich war, erließ es an den Vorstand der Krankenkasse folgende Anordnung: „Der Kassenbestand ist künftig bei der Kasse zu führen und nachzuweisen. Zeitweise entbehrliche Gelder sind zinsbar anzulegen, im Ausgabebuch unter Vermögensauslagen zu verrechnen und in der Vermögensnachweisung als Sparkassenguthaben nachzuweisen."

Gegen diese Anordnung hat der Kassenvorstand Beschwerde beim Oberversicherungsamte eingelegt und ausgeführt: Die bisherige Art der Kassenführung sei erforderlich, um Vermögensverluste der Kasse durch Diebstahl oder Unterschlagung auszuschließen. Ferner werde dadurch jeglicher Zinsverlust vermieden, da die Kasse keine untätig lagernden Bestände habe. Eine behördliche Nachprüfung der Vermögensverwaltung sei sehr wohl möglich, es brauche nur nachgeprüft zu werden, ob die in der Abrechnung der Kasse als an die Werksbesitzerin abgeführt bezeichneten Beträge der Kasse in der laufenden Rechnung gutgebracht worden seien. Auch verstoße diese Art der Regelung nicht gegen die Vorschrift des § 25 Abs. 2 RVO., „daß die Bestände gesondert zu verwahren seien". Denn da das von der Werksbesitzerin gewährte Darlehen regelmäßig höher sei als die von der Kasse an die Werksbesitzerin abgeführten Einnahmen, die Kasse also fortlaufend Schuldnerin der Werksbesitzerin sei, so könne sich ein Bestand überhaupt nicht bilden, ein solcher sei also gar nicht vorhanden.

Das Oberversicherungsamt hat die Beschwerde zurückgewiesen, weil die Betriebsgelder nicht der gesetzlichen Vorschrift entsprechend mündelsicher angelegt worden seien. Auch die weitere Beschwerde des Vorstandes wurde vom Reichsversicherungsamt zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Nach § 25 Abs. 2 RVO. müssen die Einnahmen und Ausgaben der Versicherungsträger gesondert verrechnet und die Bestände gesondert verwahrt werden. Sinn und Zweck der Vorschrift gehen dahin, die Rechnungs- und Kassenführung der Versicherungsträger möglichst sicher, einfach und übersichtlich zu gestalten, auch soll die Aufsichtsbehörde jederzeit in der Lage sein, nach-

zuprüfen, ob die Rechnungs- und Kassenführung dem Gesetz und der Satzung entspricht und ordnungsmäßig geschieht (§§ 30,31). Das ist aber nur möglich, wenn bei einer besonderen Nachprüfung sofort festgestellt werden kann, ob die nach der Abrechnung sich ergebenden Bestände auch wirklich vorhanden sind. Demgemäß kann unter einer gesonderten Verwahrung der Bestände nur eine solche verstanden werden, die der Versicherungsträger selbst vornimmt. Die Bestände müssen also bei der Betriebskrankenkasse selbst verwahrt oder von ihr nach gesetzlicher Vorschrift (§ 26) mündelsicher angelegt werden (zu vergl. auch § 27).

Diesem offenkundigen Willen des Gesetzgebers widerspricht das Verfahren des Beschwerdeführers. Die Entgegennahme eines Kapitals von der Werksbesitzerin und die Abführung des jeweiligen Kassenbestandes an diese machen die Rechnungsführung unübersichtlich und erschweren die Ausübung einer behördlichen Aufsicht. Denn auf Grund einer behördlichen Nachprüfung am Sitze der Kasse kann nicht festgestellt werden, ob die nach der Rechnungsführung sich ergebenden Bestände wirklich vorhanden sind. Vielmehr würde es dazu hier noch einer Nachprüfung bei der Kassenverwaltung der Werksbesitzer bedürfen. Diese Nachprüfung wird nur dann zu einem Ergebnis führen, wenn die Kassenführung der Werksbesitzerin den Verbleib der Bestände der Betriebskrankenkasse einwandfrei ergibt. Auf die Kassenführung der Werksbesitzerin hat aber das Versicherungsamt keinerlei Einfluß. Eine sofortige und erschöpfende Nachprüfung ist daher am Sitze der Kasse nicht gewährleistet. Das zeigte sich auch bei den Verhandlungen über die bisher erfolgten behördlichen Kassenprüfungen. Sodann findet eine gesonderte Verwahrung der Bestände durch die Kasse überhaupt nicht statt, da alle Einnahmen sofort an die Werksbesitzerin abgeleitet werden. Dadurch wird die Sicherheit und die Unabhängigkeit der Vermögensverwaltung bei der Kasse gefährdet. Denn die Kasse gelangt durch die Entgegennahme eines Kapitals und durch die sofortige Abführung der Kasseneinnahme an die Werksbesitzerin in ein Abhängigkeitsverhältnis zu dieser, das der vom Gesetze gewollten Selbständigkeit der Versicherungsträger nicht entspricht. Die Betriebskrankenkasse soll dem Betriebsunternehmer gegenüber finanziell und wirtschaftlich unabhängig sein, sie ist rechtsfähig (§ 4), besitzt ihr eigenes Vermögen, das von dem Vermögen des Betriebsunternehmers streng gesondert zu halten und nur für die besonderen Zwecke und Aufgaben der Betriebskrankenkasse bestimmt ist (§ 25 Abs. 1, § 363). Es muß daher jede Vermengung dieser beiden Vermögensmassen peinlichst vermieden werden, damit nicht der Betriebsunternehmer zum Nachteil der Betriebskrankenkasse über deren Vermögen verfügen kann und gegebenenfalls nicht der Vermögensverfall des Betriebsunternehmers das Vermögen der Betriebskrankenkasse gefährdet. Deshalb muß verlangt werden, daß die Betriebskrankenkasse über ihre Einnahmen und Ausgaben allein verfügt und, wie es das Gesetz vorschreibt, ihre Ueberschüsse selbständig bei sich gesondert verwahrt oder nach gesetzlicher Vorschrift mündelsicher anlegt. Dabei wird es sich durch geeignete Maßnahmen wohl einrichten lassen, Verluste durch Betrug oder Diebstahl zu vermeiden. Da dem Erfordernisse der eigenen gesonderten Verwahrung der Bestände das bisherige Verfahren des Beschwerdeführers nicht entsprach und die Anordnung des Versicherungsamts lediglich bezweckt, den gesetzlich vorgeschriebenen Zustand herbeizuführen, so mußte auch die weitere Beschwerde zurückgewiesen werden.

C. Zur Unfallversicherung.

Umfang des Ersatzanspruchs der Krankenkasse für Leistungen der Unfallversicherung nach § 576 RVO.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Schleswig** vom 29. Oktober 1915.

Nach § 573 RVO. sind einem Verletzten, welcher gegen Krankheit versichert ist, mindestens die Regelleistungen der Krankenkassen an Krankenhilfe zu gewähren. Dabei soll jedoch das Krankengeld vom Beginn der fünften Woche nach dem Unfall bis zum Ablauf der 13. Woche mindestens zwei Drittel des maßgebenden Grundlohns (Unfallzuschuß) betragen. Und § 576 RVO. ergänzt diese Bestimmung dahin, daß das, was die Krankenkasse nach dem § 573 über die Pflicht hinaus, die sie sonst nach Gesetz oder Satzung habe, gewähren müsse, und wenn dem Verletzten über die 13. Woche hinaus eine Entschädigung zu leisten sei, die Genossenschaft, andernfalls der Unternehmer zu ersetzen habe. Es steht zur Frage, ob in Auslegung dieser Bestimmungen die Allgemeine Ortskrankenkasse Kiel außer dem Unfallzuschuß, den die Lagerei-Berufsgenossenschaft anstandslos vergütet hat, auch die Erstattung ihrer gesamten übrigen Auslagen von der Berufsgenossenschaft bei einem unständigen Arbeiter wie vorstehend B., dessen Ansprüche auf die Regelleistungen gemäß § 72 Abs. 6 der Kassensatzung

erst nach einer Wartezeit von sechs Wochen entständen, verlangen kann.

Nach der Entstehungsgeschichte der Reichsversicherungsordnung (zu vgl. Moesle-Rabeling Anm. 2) wurde bei den Verhandlungen auf dem 22. Verbandstage der Deutschen Baugewerks-Berufsgenossenschaften eine Umgestaltung des § 12 Abs. 1 des alten Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. erörtert. Man erachtete die Belastung des einzelnen Unternehmers für die Wartezeit nicht mehr für gerechtfertigt, nachdem die Unf.-Vers.-Ges. die Haftung der Gesamtheit der Unternehmer an die Stelle der Einzelhaftung gesetzt hatten. Einig war man aber darüber, daß dem Verletzten der Krankengeldzuschuß erhalten bleiben müsse. Den Berufsgenossenschaften sollte jedoch diese Last nicht allgemein auferlegt werden, sondern nur für die Fälle, in denen sie nach Ablauf der Wartezeit überhaupt einzutreten hätten.

Der § 573 RVO. bezweckt nun augenscheinlich, allen Versicherten ohne Rücksicht darauf, ob sie eine Krankenentschädigung erhalten oder nicht, falls sie einen Unfall erleiden, in den ersten 13 Wochen die gleiche Fürsorge zu sichern und zu erhalten. Die Krankenkasse hat daher die im § 573 bezeichneten Leistungen vorbehaltlich ihres Rückgriffs wegen der Mehrleistungen auch dann voll zu gewähren, wenn Personen zwar gegen Krankheit versichert sind, aber das Recht auf die Leistungen der Krankenversicherung erst nach Ablauf einer gewissen Zeit erwerben (Moesle-Rabeling Anm. 3 zu § 573), wie solches vorstehend die Satzung der Berufungsbeklagten hinsichtlich der unständigen Arbeiter vorgeschrieben hat, und es bei dem Arbeiter B. der Fall war. Tritt bei einem solchen Arbeiter ein Betriebsunfall ein, dann hat ihm eben die Krankenkasse auch von Anfang an ihre Regelleistungen zu gewähren, wozu sie bei gewöhnlichen Krankheiten unter normalen, abseiten des Unfalles liegenden Verhältnissen erst nach Ablauf von sechs Wochen verpflichtet sein würde.

Die Berufsgenossenschaft kann gemäß § 576 RVO. aber immer nur zu den Mehrleistungen, dem sogenannten Unfallzuschuß des § 573 a. a. O. herangezogen werden. Wäre das Wort „sonst" des § 576 wie die Vorentscheidung will, dahin zu deuten, daß in Fällen wie dem vorliegenden die gesamten Leistungen von der Berufsgenossenschaft zu ersetzen seien, so würde das, wie die Berufungsklägerin mit Recht ausführt, eine Durchbrechung des seit Bestehen der Unfallversicherungsgesetzgebung feststehenden Grundsatzes bedeuten, daß eine Berufsgenossenschaft allgemein erst mit dem Beginn der 14. Woche nach dem Unfall bzw. dem Wegfall des Krankengeldbezuges einzutreten habe. Eine solche grundsätzliche Aenderung kann aber vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt sein.

Herr Geh. Justizrat Hahn macht uns auf diese im „Kompaß" Nr. 4 S. 39 abgedruckte Entscheidung aufmerksam mit folgendem Bemerken:

Meines Erachtens muß nachdrücklich auf die Unrichtigkeit dieser Entscheidung hingewiesen werden, damit sich nicht Berufsgenossenschaften und Krankenkassen in der Auslegung einer nach Fassung und Absicht ganz zweifelsfreien Gesetzesvorschrift beirren lassen. Die Kasse kann nach § 576 RVO. Ersatz verlangen für alles, was sie nach § 573 gewähren muß „über die Pflicht hinaus, die sie sonst nach Gesetz oder Satzung hat". Muß sie einem Unfallverletzten, der im Falle einer anderen Erkrankung (denn nichts anderes bedeutet das „sonst") wegen der Wartezeit aus §§ 207, 451 noch keinen Anspruch auf Kassenleistungen hätte, gleichwohl nach § 573 die Regelleistungen gewähren, so vermittelt sie nach der Fassung und der Absicht des Gesetzes nur eine Leistung der Unfallversicherung, für die sie nimmermehr die Lastenträgerin sein kann und für die daher die Berufsgenossenschaft oder der Unternehmer, als die berufenen Träger der Unfallversicherung, einzustehen haben, wie im § 576 klar ausgedrückt ist. Im § 1551 ist für das Verfahren ausgesprochen, daß die Leistungen aus § 573 als Leistungen der Krankenversicherung „gelten". Das bestätigt nur, was schon aus der systematischen Stellung des § 573 folgt: daß materiell diese Leistungen nichts anderes sind als Leistungen der Unfallversicherung, die daher nicht der Krankenkasse zur Last bleiben dürfen.

Zum Begriff der Bedürftigkeit im Sinne des § 593 RVO.

Rek.Entsch. des Reichsversicherungsamts (17. Sen.) vom 11. Januar 1916 (R. IV 4/15).

Nach Prüfung des Sachverhaltes hat das Reichsversicherungsamt keinen Anlaß gefunden, von der angefochtenen Entscheidung abzuweichen. Nach § 593 RVO. ist, wenn der infolge eines Betriebsunfalles Verstorbene Verwandte der aufsteigenden Linie, die er wesentlich aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, hinterläßt, diesen für die Dauer der Bedürftigkeit eine Rente von zusammen einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes zu gewähren. Vorliegend ist nun nach dem Ergebnisse der . . . Ermittlungen zunächst anzunehmen, daß der am 10. Juli 1914 infolge eines Betriebsunfalles verstorbene Johann Sch. aus seinem Arbeitsverdienst seinen Vater, den Kläger, wesentlich unterhalten hat. Johann Sch. hat, wie die von seiner letzten Arbeitgeberin erteilte Lohnnachweisung vom 16. Juli 1914 ergibt, in der Zeit vom 12. Januar bis zum 10. Juli 1914 in 142 Arbeitstagen 505,90 M., also arbeitstäglich durchschnittlich 3,56 M., verdient. Sein Arbeitsverdienst ist, wie die Beklagte nicht bestreitet, bei seinen früheren Arbeitgebern ungefähr derselbe gewesen und für das letzte Jahr vor dem Unfall auf 1065 M. anzunehmen. Diesen Arbeitsverdienst hat er, wie die Beklagte eben-

falls nicht bestreitet, an den Kläger ganz abgeführt, der ihm dafür Wohnung, Beköstigung und Bekleidung gewährt und überhaupt alle seine Bedürfnisse daraus bestritten, den Ueberschuß aber für sich behalten hat. Dieser Ueberschuß ist auf jährlich mindestens 400 M. anzunehmen; denn der vollständige Unterhalt des Johann Sch. erforderte in dem Haushalte des Klägers wohl keinenfalls mehr als 600 M. Durch die Ueberlassung des Betrages von jährlich mindestens 400 M. hat Johann Sch. aus seinem Arbeitsverdienst aber den Kläger wesentlich unterhalten, zumal wenn man berücksichtigt, daß der Kläger selbst nach der eigenen Angabe der Beklagten in dem letzten Jahre vor dem Unfalle nur ein Einkommen von 1173,43 M. gehabt hat, nämlich 1113,55 M. an Arbeitsverdienst und 59,88 M. an Krankengeld. Es muß aber weiter auch angenommen werden, daß der Kläger seit dem Unfalle im Sinne des § 593 RVO. bisher bedürftig gewesen ist. Er war . . . in der Zeit vom 8. Juni bis zum 2. September 1914 krank und erwerbsunfähig und hat erst wieder vom November 1914 ab eine neue Arbeitsstelle gefunden. Er verdient aber jetzt durchschnittlich nur 3,30 M. arbeitstäglich, also jährlich, wenn man 300 Arbeitstage für das Jahr rechnet, rund nur etwa 1000 M. Aus diesem Arbeitsverdienste muß er sich, seine Ehefrau, eine etwa 20 Jahre alte Tochter, die einen eigenen Erwerb nicht hat, und außerdem noch fünf Kinder im Alter von 2 bis 14 Jahren unterhalten. Berücksichtigt man diese Verpflichtungen, insbesondere auch seine vorerwähnte Krankheit und Arbeitslosigkeit, und ferner noch die jetzt infolge des Krieges herrschenden Teuerungsverhältnisse, so reicht sein Einkommen seit dem Unfalle bisher nicht aus, um sich und seinen bezeichneten Familienangehörigen an seinem Wohnorte einen nach den Verhältnissen des Arbeiterstandes auskömmlichen Lebensunterhalt zu sichern. Es liegt also Bedürftigkeit im Sinne des § 593 vor. Bei Prüfung der Frage, ob Bedürftigkeit des Klägers vorliegt, ist der Arbeitsverdienst seiner weiteren Kinder Jakobine und August, die sich auch noch in seinem Haushalt befinden, nicht zu berücksichtigen. Seine Tochter Jakobine, geboren am 14. Juli 1896, hat in dem letzten Jahre vor dem Unfall allerdings 633 M. in der Fabrik . . . verdient und sein am 20. März 1898 geborener Sohn August, der Lehrling bei . . . ist, in demselben Zeitraum 375 M. Denselben Verdienst haben sie auch jetzt noch. Unterstellt man nun selbst, daß seine Kinder Jakobine und August ihm ihren Arbeitsverdienst ganz überlassen und daß derselbe für sie selbst nicht ganz verbraucht wird, so kann der Ueberschuß, der ihm davon verbleibt, doch nicht bei der Prüfung der Frage seiner Bedürftigkeit berücksichtigt werden, weil es sich dabei nicht um eine rechtlich erzwingbare Zuwendung handelt; denn die Einkünfte des Sohnes August und der Tochter Jakobine sind nicht so erheblich, daß sie zur Abgabe eines Betrages an ihren Vater gesetzlich verpflichtet wären (zu vgl. Rek.Entsch. 2208 Amtl. Nachr. 1907 S. 499). Nach alledem rechtfertigt sich, zumal der in der angefochtenen Entscheidung der Berechnung der gesetzlichen Hinterbliebenenrente zugrunde gelegte anrechnungsfähige Jahresarbeiterverdienst des verstorbenen Johann Sch. von der Beklagten nicht bemängelt worden ist, die Zurückweisung des Rekurses.

Örtliche Zuständigkeit für den Einspruch eines Kriegsteilnehmers.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 30. November 1915.

J. war bis zu seiner Einberufung zum Heeresdienste in Britz, Kreis Teltow, wohnhaft; etwa Anfang März 1915 wurde er zum III. Landsturmersatzbataillon Straßburg in Oberhofen im Elsaß, Kreis Hagenau, eingezogen, zur Zeit der Erhebung des Einspruchs vom 7. Juni 1915 befand er sich als Wehrmann beim Landsturminfanteriebataillon Minden 7. 58 in Belgien.

Für die Zuständigkeit des Versicherungsamts im Einspruchsverfahren der Unfallversicherung ist nach §§ 1592, 1638 RVO., sofern der Versicherte zur Zeit des Einspruchs keinen Wohn- oder Beschäftigungsort im Inlande hat, sein letzter inländischer Wohn- oder Beschäftigungsort maßgebend. Wie das Reichsversicherungsamt schon grundsätzlich entschieden hat, ist „Wohnort" und „Wohnen" nicht gleichbedeutend mit dem „Wohnsitz" im Sinne des § 7 BGB., bedeutet vielmehr ein tatsächliches, länger dauerndes, nicht zufälliges Verweilen an einem Orte (zu vgl. Bescheid 2650, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1913 S. 639). Durch die im Kriege erfolgende Einberufung des Einspruchserhebers zu einem Truppenteile, dessen Standort im Bezirk eines anderen als des Versicherungsamts des Wohnorts des Versicherten liegt, tritt eine Aenderung des letzteren im Sinne der erwähnten Vorschrift nicht ein. Denn es läßt sich in Kriegszeiten in der Regel nicht voraussehen, ob das Verweilen des Versicherten am Standorte des Truppenteils geraume Zeit dauern und bis zur Beendigung des Einspruchsverfahrens währen wird. Es ist möglich, daß der Truppenteil im Laufe des Verfahrens verlegt oder aufgelöst wird, oder daß der Versicherte einem anderen Truppenteile zugeteilt wird. Angesichts dieses ungewissen Zustandes kann der Standort des Truppenteils nicht als Wohnort oder Beschäftigungsort

des Einspruchserhebers im Sinne der §§ 1592, 1638 RVO. angesehen werden. Zuständig für die Verhandlung über den Einspruch ist daher das über Britz zuständige Versicherungsamt des Kreises Teltow in Berlin.

Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen See- und Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft.

Entsch. des Reichsversicherungsamts, 1. Rek.-Sen. vom 1. Dezember 1915.

Nach Prüfung des Sachverhalts hat das Reichsversicherungsamt keinen Anlaß gefunden, von der angefochtenen Entscheidung abzuweichen, da sie die Sachlage zutreffend würdigt. Auch durch die Ausführungen des Klägers im Rekursverfahren sind die Gründe dieser Entscheidung nicht widerlegt worden. Der Kläger ist als versicherungspflichtiger Unternehmer des gewerblichen Betriebs der See- und Küstenfischerei bei der Beklagten (Zweiganstalt der See-Berufsgenossenschaft) versichert, aber seit dem Jahre 1907 wegen Abflauens der Fischerei mit immer geringeren Beträgen, im Jahre 1913 nur wegen einer Betriebsdauer von 35 Tagen mit einem geringen Beitrag von 2 M. 10 Pfg. In der meisten Zeit des Jahres hat er Obsthandel betrieben und zu diesem Zweck zwei bis vier Transportfahrten jährlich mit seinem Kahn von der Graudenzer Niederung die Weichsel abwärts über das Frische Haff nach Königsberg ausgeführt, wo dann der Kahn zum Zwecke des Obsthandels liegen blieb. Auf dem Wege von der Markthalle in Königsberg im Interesse seines Obsthandels nach seinem Obstkahn hat der Kläger am 1. Oktober 1913 den Unfall erlitten. Danach ist die Beklagte nicht entschädigungspflichtig, da der Unfall sich nicht in dem bei ihr versicherten Betriebe ereignet hat, sondern in einem Betriebe, der der Versicherung bei der Ostdeutschen Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft unterliegen würde (§ 537 RVO., Handb. der Unfallvers. Bd. I Anm. 115 zu § 1 GUVG.). Nach der Satzung dieser Berufsgenossenschaft aber ist der Kläger als Unternehmer des Binnenschiffahrtsbetriebes nur versichert, wenn er sich freiwillig versichert (§ 41 der Satzung). Von dieser Befugnis hatte der Kläger keinen Gebrauch gemacht. Deshalb ist auch diese Berufsgenossenschaft nicht zur Entschädigung verpflichtet.

Zurechnung der Viehhaltung eines Deputatarbeiters zum Betriebe der Herrschaft.

Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts (Großen Senats) vom 12. Juni 1915 (2838 Amtl. Nachr. 1915 S. 804).

Bei Prüfung der Frage, ob die Viehhaltung eines Deputatarbeiters versichert ist, insbesondere ob man sie als einen Bestandteil des landwirtschaftlichen Betriebs der Gutsherrschaft anzusehen hat, ist, wie in dem Verweisungsbeschlusse zutreffend zum Ausdruck gebracht wird, von den Grundsätzen auszugehen, die das Reichsversicherungsamt für die versicherungsrechtliche Beurteilung der Bewirtschaftung des Deputatlandes aufgestellt hat.

Nach dieser Rechtsprechung ist die Bewirtschaftung des Deputatlandes als Bestandteil des landwirtschaftlichen Betriebs der Gutsherrschaft anzusehen, wenn der Deputatarbeiter durch Zuweisung von Deputatland nach Lage der Verhältnisse nicht zu einem selbständigen landwirtschaftlichen Unternehmer gemacht werden sollte und auch tatsächlich nicht gemacht ist. Die Ueberweisung von Deputatländereien ist in der Regel weder ihrem Zwecke noch ihrer Wirkung nach darauf gerichtet, die an sich unselbständigen Arbeiter zu wirtschaftlich selbständigen Unternehmern zu machen, sie hat vielmehr nur die Bedeutung einer sachlichen Löhnung. Die Größe der überwiesenen Ländereien ist gewöhnlich so bemessen, daß ihr Ertrag im Durchschnitt ungefähr dem Betrage der Sachleistungen entspricht, die dem landwirtschaftlichen Arbeiter sonst üblicherweise neben dem Barlohn gewährt werden. Das Einkommen der mit Deputatländereien ausgestatteten Arbeiter ist deshalb von dem Einkommen der landwirtschaftlichen Arbeiter überhaupt nicht wesentlich verschieden. In den in Betracht kommenden Entscheidungen ist ferner darauf hingewiesen, daß die Bewirtschaftung des Deputatlandes mit dem landwirtschaftlichen Betriebe der Gutsherrschaft meist in engerem Zusammenhange steht, insbesondere dann, wenn die Bestellung ganz oder zum Teil vom Gute mit besorgt wird (zu vergl. Rekursentsch. 1280, Amtl. Nachr. 1893 S. 438, ferner Rekursentsch. 2083, Amtl. Nachr. 1905 S. 215).

Aehnliche Verhältnisse wie bezüglich der Zuweisung von Ländereien sind hinsichtlich der Viehhaltung eines Deputatarbeiters gegeben, wenn ihm das Vieh von der Gutsherrschaft überlassen wird. Eine solche Ueberlassung enthält die Zuweisung von Vermögensvorteilen, die zur Ergänzung des Barlohns bestimmt sind. Sie muß daher ebenso wie die Ueberlassung eines Stückes der Bodenfläche beurteilt werden. In beiden Fällen verfügt der Deputatarbeiter über das ihm Zugewiesene nur an Stelle der Gutsherrschaft. Es muß daher auch die Viehhaltung des Deputatarbeiters in solchen Fällen dem landwirtschaftlichen Betriebe der Gutsherrschaft zugerechnet werden.

Ist dagegen das von dem Deputatarbeiter gehaltene Vieh kein Deputatvieh in dem vorbezeichneten Sinne, sondern eigenes Vieh, das nicht

von der Gutsherrschaft überwiesen, sondern selbständig erworben ist, so könnte es zunächst naheliegen, diese Viehhaltung als eine für sich bestehende und von den Beziehungen zwischen Deputatarbeiter und Gutsherrschaft losgelöste anzusehen. Solche Scheidung kann in der Tat, insbesondere dann vorliegen, wenn der Deputatarbeiter noch eine eigene, nicht allzu geringe Bodenbewirtschaftung betreibt und die Viehwirtschaft sich in der Hauptsache an diese anlehnt. Die Viehhaltung ist alsdann nach den Grundsätzen über das Halten von Nutzvieh in landwirtschaftlichen Verhältnissen (zu vergl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. II S. 10 Anm. 14 zu § 1 UVG. für Land und Forstwirtschaft) als Teil des eigenen kleinen landwirtschaftlichen Betriebs zu betrachten. In den häufigen Fällen, wo der Deputatarbeiter eine derartige eigene Landwirtschaft nicht hat, werden dagegen zwischen der Viehhaltung und der Bewirtschaftung des Deputatlandes Beziehungen bestehen, vornehmlich bezüglich des Futters für das Vieh, soweit es aus den Erträgnissen des Deputatlandes gewonnen und bezüglich des in der Viehwirtschaft gewonnenen Dunges, soweit er zum Düngen des Deputatlandes benutzt wird. Liegt ein solch engerer, wechselseitiger Zusammenhang vor, so muß die Viehwirtschaft als ein Anhang der Bewirtschaftung des Deputatlandes angesehen werden. Da aber wiederum die Bewirtschaftung des Deputatlandes versicherungsrechtlich nicht von dem landwirtschaftlichen Betriebe der Gutsherrschaft getrennt werden kann, so erstreckt sich der Bereich dieses Betriebs auch auf jene Viehhaltung. Die Möglichkeit der Aufzucht von Vieh ist hier zu denjenigen Vorteilen zu rechnen, welche die Ueberlassung des Deputatlandes in sich schließt, die Aufzucht selbst erscheint daher auch in diesen Fällen als eine natürliche Wirkung der Zuteilung des Deputatlandes und demgemäß als ein Vorgang, der noch von dem Rahmen des landwirtschaftlichen Betriebs der Gutsherrschaft erfaßt wird.

Dies gilt in noch stärkerem Maße in den Fällen, in welchen neben mittelbaren Beziehungen in dem vorerwähnten Sinne oder, wo solche ausnahmsweise nicht vorhanden sind, an ihre Stelle zwischen dem Gutsbetrieb und der Viehhaltung des Deputatarbeiters unmittelbare, für das Bestehen der Viehhaltung wesentliche Beziehungen vorhanden sind. Es ist hier an Maßnahmen und Einrichtungen zu denken, die von dem Gutsherrn oder dessen Stellvertreter mit Rücksicht auf die Viehhaltung der Deputatarbeiter getroffen werden, an Lieferung von Futter für das Vieh, Gewährung freier Weide, Zuweisung eines Stalles für das Vieh usw. Wird durch solche Maßnahmen und Einrichtungen, die mit dem landwirtschaftlichen Betriebe des Gutsherrn zusammenhängen, die Viehhaltung des Deputatarbeiters wesentlich gefördert, so ist auch hier eine so enge Verknüpfung der Viehhaltung mit dem Gesamtbetriebe gegeben, daß sie versicherungsrechtlich als Teil des letzteren angesehen werden muß.

Im Einzelfall ist hiernach zu prüfen, ob entweder der Zusammenhang, der zwischen der Bewirtschaftung des Deputatlandes und der Viehhaltung besteht, ein ausreichender ist, um deshalb die Zurechnung der Viehhaltung zum landwirtschaftlichen Betrieb als gerechtfertigt anzusehen, oder ob, soweit diese Voraussetzung nicht zutrifft, die Viehhaltung durch besondere Maßnahmen oder Einrichtungen von seiten des landwirtschaftlichen Betriebs des Gutsherrn in erheblichem Maße gefördert wird.

Im vorliegenden Falle hatten die Klägerin und ihr Ehemann zur Zeit des Unfalls keine eigenen landwirtschaftlichen Grundstücke. Die Bewirtschaftung ihres Deputatlandes ist aber als Bestandteil des landwirtschaftlichen Betriebs der Gutsherrschaft anzusehen. Das Vieh, bei dessen Wartung sich der Unfall der Klägerin ereignet hat, war eigenes Vieh („eigene Zucht"). Die Schweine wurden im Inststalle gefüttert, und zwar sowohl mit Deputatkorn und Deputatmilch als auch mit den Erträgnissen des Deputatlandes an Kartoffeln und Gemüse. Durch diese Umstände waren zwischen der Viehhaltung und dem landwirtschaftlichen Betriebe der Gutsherrschaft unmittelbare wie mittelbare Beziehungen geschaffen. Sie reichen hin, um die Viehhaltung als einen Teil des letzteren erscheinen zu lassen. Die Klägerin ist somit bei einer Tätigkeit im Betriebe des Gutsherrn verunglückt. Die Beklagte war daher zur Entschädigung des Unfalls vom 5. Januar 1912 zu verurteilen.

Rechtsmittelfrist für die Landesversicherungsanstalt beim Betreiben der Festsetzung einer Unfallrente [§ 1523 RVO.]

Ref.-Entsch. des Reichsversicherungsamts (Großen Senats) vom 27. März 1915 (2839 Amtl. Nachr. 1915 S. 806).

Voraussetzung des Rechtes der Landesversicherungsanstalt, das Unfallrentenverfahren zu betreiben, ist nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts, daß durch die Festsetzung der dem Verletzten zustehenden Unfallrente eine Entlastung für die Landesversicherungsanstalt eintreten würde. Eine Entlastung für sie würde dann in Frage kommen, wenn die Festsetzung der Unfallrente ein Ruhen der Invalidenrente (§ 113 Abs. 4, § 48 IVG.) oder einen Uebergang des Unfallrentenanspruchs des Verletzten auf die Landes-

versicherungsanstalt nach § 113 Abs. 2 a. a. O. zur Folge hätte, letzteres nämlich dann, wenn die Invalidität im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes auf den Unfall zurückzuführen ist. Damit aber eine Entlastung im angeführten Sinne überhaupt eintreten kann, muß nach Ansicht des Großen Senats zweifelsfrei feststehen, daß die Landesversicherungsanstalt eine Invalidenrente zu gewähren hat. Dies ist erst dann der Fall, wenn die Landesversicherungsanstalt eine solche durch Bescheid freiwillig gewährt hat oder dazu verurteilt worden ist. Den Lauf der Frist schon von dem Zeitpunkt ab beginnen zu lassen, in dem es für die Landesversicherungsanstalt in hohem Maße wahrscheinlich wurde, daß sie eine Invalidenrente gewähren müsse, wie in der Rekursentscheidung 2577 (Amtl. Nachr. 1912 S. 904) angedeutet ist, erscheint bedenklich, da bei der Schwierigkeit der Feststellung dieses Zeitpunktes sich viele Streitigkeiten ergeben würden. Es entspricht der Absicht und dem Zwecke des Gesetzes, die Rechtsmittelfrist für die Landesversicherungsanstalt frühestens mit der Zubilligung einer Invalidenrente laufen zu lassen. Auf diese Weise allein läßt sich ein klarer und sicherer Rechtszustand schaffen. Daß das Unfallrentenverfahren dadurch bedenklich verzögert werde, weil es dann in das Belieben der Landesversicherungsanstalt gestellt sei, wenn sie einen Invalidenrentenbescheid erteilt, ist kaum zu befürchten, zumal da gegebenenfalls im Aufsichtswege gegen zu langes Zögern der Landesversicherungsanstalt vorgegangen werden könnte.

Es ist ferner zu berücksichtigen, daß auch in der Zivil- und Strafprozeßordnung, denen die prozeßrechtlichen Vorschriften der sozialen Versicherungsgesetze nachgebildet sind, fast stets ein formeller behördlicher Akt, die Verkündung oder Zustellung einer Entscheidung, die Rechtsmittelfrist in Lauf setzt. Daß andere Umstände, wie zum Beispiel die Kenntniserlangung von irgendwelchen Tatsachen für den Fristbeginn maßgebend sind, greift nur dann Platz, wenn eine andere Regelung nicht wohl möglich ist, beispielsweise bei der Wiederaufnahme des Verfahrens und der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand in der Zivilprozeßordnung. Ein Kennenmüssen, eine bloße Wahrscheinlichkeit oder Möglichkeit von Tatsachen ist aber selbst dort nirgends bestimmend für den Lauf einer Frist.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes nach §§ 1246, 1247, 180, 181 RVO.

Erlaß des preußischen Finanzministers (an die Regierungen) vom 3. Januar 1916 (J.-Nr. 12 248).

Nach § 1246 RVO. gilt als Jahresarbeitsverdienst für Mitglieder der Krankenkasse das Dreihundertfache des Grundlohnes, der nach den §§ 180 und 181 von den einzelnen Ortskrankenkassen satzungsgemäß bestimmt wird. Wenn dagegen im voraus für Wochen, Monate, Vierteljahre oder Jahre eine feste bare Vergütung vereinbart ist, die den Durchschnittsbetrag (§ 1246) übersteigt, so ist gemäß § 1247 diese maßgebend.

Wie hier bekannt geworden ist, rechnen einzelne Ortskrankenkassen bei Ermittelung des Tagelohns und bei Bestimmung der Lohnklassen der außerordentlichen Bureauhilfsarbeiter, welche bei Einkommensteuer-Veranlagungskommissionen gegen eine nach einem bestimmten Jahressatze zu berechnende Vergütung beschäftigt werden, nur mit 300 anstatt mit 365 Arbeitstagen, wodurch eine höhere Versicherung sowohl bei der Kranken- wie bei der Invalidenversicherung herbeigeführt wird.

In einem wegen dieser unrichtigen Berechnungsweise gegen eine Groß-Berliner Ortskrankenkasse anhängig gemachten Streitverfahren hat die Beschlußkammer des Königlichen Oberversicherungsamts Groß-Berlin endgültig entschieden, bei der Zuweisung der Bureauhilfsarbeiter der Einkommensteuer-Veranlagungskommissionen zu den Lohnstufen sei auch der Umstand zu berücksichtigen, daß diese Versicherten für das ihnen gezahlte Gehalt verpflichtet sind, nötigenfalls an Sonn- und Feiertagen Dienstberechtigten mit ihrer Arbeitskraft zur Verfügung zu stehen, daß die ständige Dienstbereitschaft der tatsächlichen Beschäftigung in dieser Hinsicht gleich zu erachten sei, sowie daß andererseits die Bureauhilfsarbeiter, wenn sie an Sonn- und Feiertagen tatsächlich beschäftigt werden, keinen Anspruch auf eine besondere Vergütung haben, vielmehr dafür durch das ihnen monatlich gezahlte Gehalt entschädigt werden.

Nach dieser Entscheidung unterliegt es keinem Zweifel, daß hinsichtlich der den Einkommensteuer-Veranlagungskommissionen unter Zusicherung eines bestimmten Jahreseinkommens zur Beschäftigung überwiesenen außerordentlichen Bureauhilfsarbeiter bei Berechnung des Tagelohns und bei Bestimmung der Lohnklasse nicht mit 300, sondern mit 365 Tagen zu rechnen ist. Die Königliche Regierung wird veranlaßt, bei der Versicherung der in Rede stehenden Hilfsarbeiter diesen Rechtsstandpunkt zu vertreten und ge-

gebenenfalls im Streitverfahren zur Geltung zu bringen.

Obgleich die außerordentlichen Bureauhilfsarbeiter an sich gleich allen übrigen Beamten verpflichtet sind, auch an Sonn- und Feiertagen ohne besondere weitere Vergütung zu arbeiten, wird es sich, um einem etwaigen Einwande der Ortskrankenkassen, daß mit 365 Tagen nur gerechnet werden könne, wenn an den Sonn- und Feiertagen auch wirklich gearbeitet werde, von vornherein zu begegnen, empfehlen, in den mit den Hilfsarbeitern aufzunehmenden Verpflichtungsverhandlungen ausdrücklich zu vermerken, daß ihre Beschäftigung die Verpflichtung in sich schließt, auch an Sonn- und Feiertagen zu arbeiten und daß ihnen während ihrer Beschäftigungszeit ein Anspruch auf Urlaub nicht zusteht.

Anmerkung: Zu vgl. die Entscheidung des Oberversicherungsamts Bremen in Arb.-Vers. 1915 S. 423 nebst unserer Anmerkung dazu S. 423, ferner aber auch unsere Auskunft daselbst S. 791 Ziff. 8, wonach bei Ermittelung des Grundlohns aus dem Jahreseinkommen die Teilung durch 360 sachgemäßer erscheint als die Teilung durch 365.

Sprechsaal.

Zweckmäßige Regelung der Zahltage bei den Krankenkassen.

Nach § 210 RVO. werden die Barleistungen der Krankenkassen mit Ausnahme des Sterbegeldes mit Ablauf jeder Woche ausgezahlt. Während hiernach Hoffmann und v. Frankenberg den Sonnabend als den gebotenen Zahltag ansehen, hat Hahn in seinem Handbuch die Ansicht begründet, daß es auch jeder andere Wochentag sein könne und daß die Kasse für verschiedene Gruppen von Versicherten auch verschiedene Zahltage bestimmen könne. Von dieser Möglichkeit hat z. B. die Ortskrankenkasse Frankfurt a. M. in eigenartiger und zweckmäßiger Weise Gebrauch gemacht. Hierüber und über die Vorteile der Regelung äußert sich Gräf in „Ortskrankenkasse" Nr. 4 Sp. 139 wie folgt: Die Kasse hat „seit längerer Zeit die Einrichtung getroffen, daß das Krankengeld täglich ausgezahlt wird, d. h. an jedem Wochentage kann das Krankengeld abgehoben werden. Dadurch verteilt sich die Zahl der Kranken auf sechs Tage der Woche und kommen Ansammlungen von Kranken nie mehr vor, wie wir es in früheren Jahren erlebt hatten. Es können sich auch solche Szenen nicht mehr ereignen, die wir früher an den „starken" Sonnabenden zu beklagen hatten. Und die Lösung der Frage war auch eine sehr einfache. Es wurde mit den Kassenärzten vereinbart, daß der Kranke sich immer an dem Tage bei dem Arzt zu melden habe, an welchem er zuerst dessen Hilfe angerufen hatte. Wurde also z. B. ein Arbeiter am Montag krank, so hat er auch am nächsten Montag sein Krankengeld abzuholen und so jeden Tag einzuhalten. So verteilen sich die Kranken auf die einzelnen Wochentage von selbst, wenn auch naturgemäß Montage und Sonnabende stärkere Zahlen bringen, als die übrigen Wochentage. Die Praxis hat in Frankfurt a. M. nun folgende Zahlen gebracht. Es wurden abgehoben am

Montag . . .	von	627	Kranken
Dienstag . .	„	400	„
Mittwoch . .	„	311	„
Donnerstag . .	„	313	„
Freitag . . .	„	351	„
Sonnabend . .	„	680	„

Der Montag ist stark, weil auch die Erkrankungen vom Sonntag dazukommen und Sonnabends gewöhnlich auch die Gesundmeldungen für Montag erfolgen. In vielen Städten glaubt man, daß ein Kranker nach seiner Gesundung nur wieder am Montag mit der Arbeit beginnen könne. Es gibt nun auch Aerzte, die sich an diesen Modus immer noch nicht gewöhnen konnten. Hier muß Belehrung einsetzen und ihnen die Zahlen entgegengehalten werden.

Was lehrt uns nun diese Zusammenstellung? Statt 3000 Kranke am Sonnabend, wie es früher der Fall war, kommen jetzt täglich nur 300 bis 600 Kranke an den Schalter der Kasse. Sind nun, wie in Frankfurt a. M., 10 Schalter vorhanden, dann entfallen auf jeden Schalter nur 30—60 Kranke im Durchschnitt am Tage. Eine solche Zahl von Kranken, die sich auch noch auf viele Stunden am Tage verteilen, ist nie gefährlich für die Gesundheit anderer Wartenden und stellte jede Beschwerde ab, die wir früher so oft zu erledigen hatten, aber nie erledigen konnten. Es herrscht jetzt auch eine größere Ruhe in den Räumen der Kasse, weil eben der starke Andrang beseitigt ist, der Verkehr sich glatt abwickeln kann. Der Kassenbeamte hat jetzt eher Zeit, sich um jeden Fall genau zu kümmern und nicht wie ein Gehetzter die vielen Fälle in Eile zu erledigen. Dadurch können Fehler sicher vermieden werden. Der Kassenarzt hat nun nicht mehr am Freitag das überfüllte Wartezimmer, sondern er kann jetzt an jedem Wochentag den Schein ausfüllen und hat eher Gelegenheit, sich um den Kranken eingehend zu kümmern. . . ."

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Beitragseinnahme in der Invalidenversicherung und in der Angestelltenversicherung in der Kriegszeit.

Zu den Hilfsmitteln zur Beurteilung der Lage des Arbeitsmarktes gehört auch die Beitragseinnahme in der Invalidenversicherung. Aus der Erhöhung oder Ermäßigung dieser Einnahmen in einem bestimmten Zeitabschnitt gegenüber dem voraufgegangenen schließt man auf einen entsprechenden Bedarf an Arbeitskräften. Allzu beweiskräftig sind freilich diese Ziffern nicht, denn die Markenankäufe bei der Post hängen doch von großen Zufälligkeiten ab. Nicht selten werden von den Unternehmern oder den Markenverwendungsstellen (Krankenkassen) beliebig große Posten Marken zur Verwendung auf rückliegende Zeiten oder auch auf Vorrat gekauft. Erstrecken sich jene Ziffern auf größere Zeitabschnitte, so gleichen sich allerdings die Zufälligkeiten wieder aus. Zum mindesten wird man den Zahlen auf den Zeitraum eines Jahres eine gewisse Bedeutung für die angegebenen Zwecke nicht absprechen können.

Wie nicht anders zu erwarten, brachte die Kriegszeit einen Rückgang der Beitragseinnahmen in der Invalidenversicherung. Es wurden bei sämtlichen 31 Versicherungsanstalten Marken im nachstehenden Werte bei der Post gekauft:

	1914	1915
1. Vierteljahr	62 959 740 M.	51 086 636 M.
2. „	64 983 048 „	48 655 595 „
3. „	54 951 262 „	47 866 195 „
4. „	51 234 487 „	49 661 837 „

Durch die selbständigen Markenverkaufsstellen, insbesondere bei der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, wurden gekauft:

	1914	1915
1. Vierteljahr	1 824 225 M.	1 631 726 M.
2. „	2 185 962 „	1 702 547 „
3. „	1 921 530 „	1 454 018 „
4. „	1 796 350 „	1 499 310 „

Man sieht ein ständiges Sinken der Einnahmen seit Kriegsausbruch. Eine kleine Zunahme brachte nur das letzte Vierteljahr 1915. Doch dürfte das nur auf Zufälligkeiten insofern zurückzuführen sein, als gegen Jahresschluß manche Markenankäufe für rückliegende Zeiten gemacht zu werden pflegen. Die Abnahme hat zwei Ursachen: einmal die Betriebseinschränkungen infolge der Einberufungen zum Heeresdienst usw. und sodann die Einstellung geringer bezahlter weiblicher Hilfskräfte, die eine umfangreichere Markenverwendung in niedrigeren Beitragsklassen mit sich brachte.

Wie sich die Beitragseinnahmen der Landesversicherungsanstalten nach Jahressummen gestalteten, zeigen folgende Zahlen:

Jahr	Einnahme aus Beiträgen
1891	88 886 971 M.
1894	92 730 431 „
1897	104 666 528 „
1900	117 973 597 „
1903	134 656 955 „
1906	156 544 529 „
1909	171 862 704 „
1912	248 456 259 „
1913	262 845 836 „
1914	241 856 604 „
1915	203 557 844 „

Die große Zunahme der Einnahmen im Jahre 1912 ist auf die Einführung der Reichsversicherungsordnung zurückzuführen, die bekanntlich eine Erhöhung der Wochenbeiträge in allen Lohnklassen brachte. Das Jahr 1915 brachte gegenüber dem Jahre 1913 eine Verminderung der Einnahme um mehr wie ein Fünftel.

Dieser Rückgang der Einnahmen ist um so bedeutungsvoller, als ihm eine wesentliche Zunahme der Ausgaben an Invaliden-, Witwen- und Waisenrenten und Witwengeldern gegenüber steht.

Im Anschluß hieran wird es interessieren, wie sich die Beitragseinnahmen in der Angestelltenversicherung stellen. Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt teilt hierüber folgendes mit:

Die Beitragseinnahmen im Kriegsjahr 1915 (unter Berücksichtigung der Abzüge für Zurückzahlungen, Postgebühren usw.) haben sich im Vergleich zu den Einnahmen der beiden Vorjahre wie folgt gestaltet:

Es gingen ein in 1000 M.

im Monat	1915	1914	1913	also 1915 weniger in % gegen 1914	gegen 1913
Januar	9 700	12 275	—	21,0	—
Februar	9 153	11 699	10 650	21,8	14,1
März	9 490	12 457	11 316	23,8	16,1
April	9 167	12 016	11 250	23,7	18,5
Mai	9 054	12 288	11 184	26,3	19,0
Juni	9 151	12 080	11 266	24,2	18,8
Juli	9 483	12 493	11 432	24,1	17,0
August	8 828	9 941	11 148	11,2	20,8
September	8 617	9 644	11 356	10,6	24,1
Oktober	8 735	9 645	11 956	9,4	26,9
November	8 518	8 768	11 352	2,9	25,0
Dezember	9 022	9 216	11 949	2,1	24,5
zus.	108 918	132 522	124 859	17,8	20,5
Durchschn. monatlich	9 076	11 043	11 351	17,8	20,0

Während der Kriegszeit vom August 1914 bis Dezember 1915 gingen durchschnittlich im Monat 9 184 000 M. ein gegen 11 676 000 M. in den vorhergehenden 18 Friedensmonaten, in denen eine Beitragszahlung zur Angestelltenversicherung stattfand. Der Rückgang beträgt also 2 492 000 M. oder 21,3 v. H. Im ersten Jahr des Krieges, vom 1. August 1914 bis 31. Juli 1915, betrug die durchschnittliche Monatseinnahme 9 368 000 M., vom 1. August 1915 bis 31. Dezember 1915 aber 8 744 000 M., also 624 000 M. weniger.

Es stellte sich die durchschnittliche Monatseinnahme im

1. Vierteljahr des Krieges auf	9 743 000 M.
2. „ „ „ „	9 228 000 „
3. „ „ „ „	9 270 000 „
4. „ „ „ „	9 229 000 „
5. „ „ „ „	8 727 000 „
6. „ „ „ „	8 819 000 „

Die Verhandlungen über das Medizinalwesen im preußischen Abgeordnetenhause

vom 24. und 25. Februar schlossen ab mit der Annahme zweier Anträge des Ausschusses, von denen der eine auf Vorlegung eines Gesetzentwurfs zur Einschränkung oder Untersagung des Verkehrs mit Gegenständen, die zur Beseitigung der Schwangerschaft und zur Verhütung der Empfängnis geeignet sind, der andere auf Unterstützung des Bezirkshebammenwesens abzielten. Anträge, betreffend Regelung des Haltekinderwesens, staatliche Unterstützung gemeindlicher Säuglingsfürsorgestellen, Uebernahme der Reichswochenhilfe in die Reichsversicherungsordnung und gesetzliche Regelung des Wohnungswesens wurden der Haushaltskommission überwiesen.

In der Erörterung wurde mit wärmster Anerkennung der glänzenden Bewährung unserer Aerzte und des gesamten Krankenpflegepersonals im Kriege gedacht. Im Anschluß hieran hob der Abgeordnete Dr. Mugdan unter anderem folgendes hervor: Es sei jetzt festgestellt, daß ein großer Teil der vorübergehenden Dienstunfähigkeit hervorgerufen war durch Zahnkrankheiten. Deshalb seien jetzt überall an und hinter der Front mustergültige zahnärztliche Institute eingerichtet. Der Krieg werde im ganzen Lande die unbedingte Notwendigkeit systematischer Bekämpfung der Zahnerkrankungen erkennen lassen. Es sei anzuerkennen, daß auch unter den Zahntechnikern viele tüchtige und einwandfreie Persönlichkeiten sind, aber ebenso wie man das Institut der Wundärzte habe verschwinden lassen, so werde man auch allmählich dazu übergehen müssen, die zahnärztliche Behandlung nur durch Zahnärzte ausüben zu lassen. Es sei sehr bedauerlich, daß Krankenkassen verschiedentlich noch sich dieser Erkenntnis widersetzen, und daß ihnen dabei vom Handelsminister Vorschub geleistet wird. Die Zahl der Kriegsinvaliden sei noch nicht zu übersehen, sicherlich werden Hunderttausende Krieger mit offenen oder schleichenden Krankheiten zurückkommen. Es werde alles geschehen müssen, um unser Volk gesund zu erhalten und eine Verminderung der Volkskraft zu verhüten. Weiter kam Dr. Mugdan auf den Geburtenrückgang zu sprechen, an dem sicher nicht eine Entkräftung unseres Volkes, sondern die verschiedensten Gründe schuld seien. Das gegen das Anbieten, Anpreisen, Feilhalten, Vertreiben von Mitteln zur Beseitigung der Schwangerschaft und zur Verhütung der Empfängnis gerichtete Verbot werde nur wenig nützen. Immerhin sei ein solches in gewissen Grenzen angezeigt, da mit dem Hausieren und Feilbieten jener Gegenstände ein ungeheurer Unfug getrieben werde. Zur Bekämpfung des Geburtenrückgangs und zur Erhaltung unserer Volkskraft sei vor allem eine Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen erforderlich. Es sei an der Zeit, alles zu tun, was nach Möglichkeit unsere Sterblichkeitsziffer herabsetzt und vor allem die Säuglingssterblichkeit beschränkt. Nach dem Kriege werde infolge der entstandenen Verluste der Wert des einzelnen Menschen für unser Volk ungleich höher zu bewerten sein als vorher. Wir müssen daher jeden, auch den allerschwächsten Menschen pflegen und versuchen, ihn zu einem vollkräftigen Bürger heranzuziehen. Deshalb müsse man den Leuten, die nicht die Mittel haben, auch kranke Säuglinge durchs Leben zu bringen, die Möglichkeit dazu durch Säuglingsfürsorge an die Hand geben. Das sei eine Pflicht des Staates. Der Kampf gegen den Geburtenrückgang kostet Geld, sehr viel Geld, Worte helfen da nicht. Hier könne es auf Millionen nicht ankommen, diese Millionen verzinsen sich wirklich. Da der Friede zweifellos in den ersten Jahren ein bewaffneter Friede sein werde, müssen wir auch mit Rücksicht auf unsere Wehrkraft alles tun, um die Jugend zu ertüchtigen. Dazu diene ebenfalls eine bessere Pflege der Säuglinge und der Haltekinder. Uneheliche Kinder, die einer Ziehmutter übergeben werden, seien bekanntlich sehr häufig damit dem Tode geweiht. Das Gewerbe der Ziehmütter stehe nicht unter der Gewerbeordnung. Das Haltekinderwesen werde geregelt durch Polizeiverordnungen. Deshalb brauchen wir eine reichsgesetzliche Regelung. Diese Regelung müsse den Einzelstaaten erlauben, zu verhindern, daß ungeeignete Personen sich im Haltekinderwesen betätigen. Das wichtigste sei und bleibe ein gesunder Mutter- und Säuglingsschutz. Jahrelang dauere unser Kampf um den Mutter- und Säuglingsschutz und nun hätten wir durch den Krieg gewissermaßen über Nacht durch eine Verordnung des Bundesrats alles bekommen, was wir nur wünschen können. Es sei vollkommen unmöglich, daß uns das, was der Krieg uns gebracht hat, nach dem Kriege wieder genommen werde. Es müßten zu gegebener Zeit die Vorschriften über die Reichswochenhilfe in die Reichsversicherungsordnung hineingearbeitet werden. Das koste natürlich viel Geld und die Krankenkassen allein können das nicht bezahlen. Da es sich aber um Ausgaben für die Allgemeinheit handle, müsse das Reich den Krankenkassen Zuschüsse leisten. Im Interesse der Volksgesundheit sei ferner eine Besserung des Wohnungswesens zu fordern. Auch hier empfehle sich ein Reichsgesetz. Ein Gesetz allein genüge aber auch nicht, der Arbeiter müsse auch die Mittel haben, eine bessere Wohnung bezahlen zu können. Hier spielt die Frage der inneren Kolonisation herein...

Auch der Minister des Innern, v. Loebell, erkannte die Frage des Geburtenrückgangs als eine der wichtigsten Fragen für unser Volk an. Es sei die Frage der Zukunft. Die Zahlen sprächen für sich. „Unsere Geburtenziffer hatte 1876 mit 40,9 Lebendgeburten auf 1000 Einwohner ihren Höchststand erreicht. Sie ist bis 1912 auf 28,2 herabgesunken, hat also ein geradezu rapides Sinken erfahren. Um unseren Feinden nicht die Möglichkeit zu geben, hieraus für sich Kapital zu schlagen und um ihnen den Glauben an ein Sinken unserer Volkskraft und unserer Schlagfertigkeit zu nehmen, sei darauf hingewiesen, daß in Frankreich die Geburtenziffer 1910 19,6, in Belgien 23,8 und in England 25 auf 1000 Einwohner beträgt, während Deutschland 1910 eine Geburtenziffer von 30,7 hatte. Dazu kommt, daß wir eine außerordentlich günstige Sterblichkeitsziffer haben. 1910 betrug der Ueberschuß der Geburten über die Sterbefälle auf je 1000 Einwohner in Frankreich 7,6, in Spanien 9,4, in der Schweiz 10, in Oesterreich 11,3, in England 11,6, in Norwegen 12,6, in Italien 13,3, in Rußland 13,4, in Rumänien 13,6, in Deutschland 13,6 und in Holland 15,1, also Deutschland steht an zweitbester Stelle. In diesem Krieg wird uns also der Rückgang der Geburten noch nichts schaden, und bis zum nächsten Kriege, den Gott uns lange fernhalten möchte, werden wir die gegenwärtigen Ge-

fahren sicher überwunden haben. Ernste Schwierigkeiten stehen freilich einer vollständigen Lösung des Problems entgegen. Die Regierung ist sich bewußt, daß es sich hier um eine Lebensfrage ersten Ranges handelt, die durch diesen Weltkrieg, in dem Tausende blühender kräftiger Männer uns verloren gehen, noch eine ganz besondere Bedeutung für unsere Zukunft erhält. Als Maßnahmen zur Hebung der Geburtenziffer kommen in Betracht ein scharf geführter Kampf gegen die Geschlechtskrankheit, eine Verbesserung des Säuglingsschutzes, des Hebammenwesens usw. Die Regierung stellt sich in dieser Beziehung auf den Boden der vorliegenden Anträge und wird ihnen eine eingehende Würdigung zuteil werden lassen. Die Regelung des Haltekinderwesens ist Landessache, ebenso hält die Regierung an ihrem Widerspruch gegen die reichsgesetzliche Regelung des Wohnungswesens fest. Das preußische Wohnungsgesetz wird dem Landtag nach dem Kriege alsbald wieder zugehen. Im übrigen dürfen wir bei all diesen Maßnahmen niemals vergessen, daß Regierung, Gesetzgebung und Polizei hier allein nicht helfen können. Gewiß, die Lage ist ernst, aber sie bietet noch keinen Grund zu einer allzu pessimistischen Auffassung. Noch handelt es sich Gott sei Dank nicht um eine Entartung in unserem Volke. Gerade in diesen Tagen, wo unsere Herzen höher schlagen nach den herrlichen Erfolgen unserer Armee im Westen, wollen wir uns die Freude und den Stolz an unserem Volke nicht durch eine allzu pessimistische Auffassung trüben lassen. Aber es muß ein sehr ernster Appell an alle deutschen Männer und Frauen in allen Schichten unseres Volkes ergehen, nicht zum wenigsten an die oberen Schichten unseres Volkes. Es ist tief bedauerlich, daß gerade die Schichten, die vorangehen sollten auf dem Wege zum sittlichen Aufstieg, hier vollkommen versagt und ein sehr schlechtes Beispiel gegeben haben. Es handelt sich nicht nur um wirtschaftliche und soziale, sondern um im wahrsten Sinne des Wortes tief sittliche Fragen. Sie können deshalb auch nur gelöst werden, wenn alle sittlichen Faktoren des öffentlichen Lebens mithelfen. Der Appell geht daher an unser ganzes Volk. Es muß aufgerüttelt und aufgeklärt werden, damit es wieder den rechten Weg finde. In erster Linie müssen mithelfen Kirche, Schule und Elternhaus, Arbeitgeber, Genossenschaften und Gewerkschaften, die Frauen, die sozialen Vereine, kurz alle Faktoren, denen die Liebe zum Volke am Herzen liegt. Erst wenn diese Kräfte geweckt werden, können wir den Kampf auf der ganzen Linie aufnehmen. Ich bin überzeugt, daß wir auch in diesem Kampfe siegen werden."

In wirksamer Weise wurden diese Ausführungen durch eine Rede des Geheimen Oberregierungsrats Dr. Krohne unterstützt, der zur Frage des Geburtenrückgangs weiteres interessantes Zahlenmaterial beibrachte, die Ursachen des Uebels beleuchtete und gleichfalls mit einem Weckruf an alle Kreise des deutschen Volkes schloß.

Zur Entrichtung von Beiträgen der Angestelltenversicherung

sind bekanntlich besondere rote Zahlkarten ausgegeben. Ein Beschluß des Schiedsgerichts für Angestelltenversicherung hat aber jetzt die ausdrückliche Entscheidung getroffen, daß der Arbeitgeber nicht genötigt ist, sich des Postscheckverkehrs zu bedienen. Er kann auch den Weg der Zahlung mittels Postanweisung wählen. Denn die Einzahlung auf Postscheckkonto ist, sagt das Schiedsgericht, durch die Bekanntmachung vom 24. Mai 1912 nicht vorgeschrieben, sondern lediglich zugelassen. Diese bemerkenswerte Entscheidung hat das Schiedsgericht in der bekannten Frage der Abwälzung der Gebühren des Postscheckverkehrs des Direktoriums der Reichsanstalt auf die Arbeitgeber getroffen.

Der Angestellte von 50 Jahren.

Im Jahrgang 1913 schon haben wir (S. 91) Ausführungen gebracht, die an das Problem des Mannes von 50 Jahren rühren. Jetzt hat der Gegenstand durch den Krieg ein neues und besonderes Interesse gewonnen.

Vor kurzem hatte das „Berliner Tageblatt" eine Rundfrage dahingehend veranstaltet, wie sich der durch den Krieg neu zu Ehren gekommene ältere Angestellte, der Mann von 50 Jahren in den kaufmännischen Geschäften bewährt. In den Antworten kam wiederholt die Ansicht zum Ausdruck, daß ein Haupthindernis für die endgültige Anstellung von älteren Männern in den Großbetrieben die Pensionskasse der Angestellten sei. So führte der Direktor einer hiesigen Bank folgendes aus:

„Ein Beamter, der erst mit 50 Jahren oder darüber eintritt, würde vielleicht schon nach wenigen Jahren die Pensionskasse in Anspruch nehmen, und dies wäre eine Belastung der Kasse, die mit den geleisteten Einzahlungen des Betreffenden nicht in Einklang zu bringen wäre."

Da es bedauerlich erschien, daß eine an sich wohltätige Einrichtung, wie die „Pensionskasse", die nachteilige Folge haben sollte, die Anstellung älterer Kräfte zu verhindern, hat sich das „Berliner Tageblatt" an eine unparteiische Stelle, Herrn Regierungsrat Dr. Hagen, ehrenamtliches Mitglied der Direktion der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gewandt und folgende Auskunft erhalten:

„Ich kann mich der Ansicht nicht anschließen, daß das Vorhandensein einer Pensionskasse für Angestellte oder die Rücksichtnahme auf eine derartige Einrichtung der Anstellung von Männern über 50 Jahre hinderlich sein sollte. Zunächst darf nicht übersehen werden, daß die Festsetzung einer gewissen Karenzzeit, eine Einrichtung, die sich meines Wissens wohl in allen Statuten von Pensionskassen findet, die Kasse und damit die anstellende Gesellschaft vor einer frühzeitigen und übermäßigen Inanspruchnahme schützt. Dem Ablauf der Karenzzeit unterliegt doch der Mann von mehr als 50 Jahren ebenso wie jeder andere Angestellte, ehe er irgendwelche Ansprüche gegen die Pensionskasse erheben kann. Diese Ausschlußfrist beträgt gewöhnlich 10 Jahre, und man wird wohl nicht fehlgreifen, wenn man fünf Jahre als das Minimum einsetzt. Sollte aber ein älterer Angestellter wirklich unmittelbar nach Ablauf der Ausschlußfrist berechtigt sein, Ansprüche gegen die Pensionskasse zu erheben, so werden diese doch in der Regel wegen der kurzen Beitragszeit nur gering sein können. Es ist auch ferner zu berücksichtigen, daß gerade in dem in Rede stehenden Falle die Pensionsberechtigten beim Eintritt des Pensionsbezuges bereits in so vorgerückten Jahren stehen, daß die Belastung der Pensionskasse durch diese Zahlungen nicht von all-

zulanger Dauer sein dürfte. In vielen Fällen ließen sich ja auch die Bedenken, die Pensionskasse würde ungebührlich belastet werden, dadurch beseitigen, daß mit den Angestellten, die bei ihrem Eintritt in den Betrieb älter als 50 Jahre sind, die Nichtzugehörigkeit zu der Pensionskasse vereinbart wird. Allerdings muß zugegeben werden, daß dieser Weg wegen entgegenstehender gesetzlicher Bestimmungen nicht immer beschritten werden kann. (Vgl. z. B. § 374 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.) Diese Fälle sind aber nicht so häufig. Der Arbeitgeber wird den Ausschluß aus seiner Pensionskasse aber um so leichter verantworten können, als unsere soziale Versicherungsgesetzgebung auch für die Fünfzigjährigen hinsichtlich der Alters- bzw. Hinterbliebenenversorgung sorgt. Da das Versicherungsgesetz für Angestellte die Versicherungspflicht erst bei einer Gehaltsgrenze von mehr als 5000 M. aufhören läßt, so werden ja nur wenige während des Krieges angestellte Personen vorhanden sein, die diesem Versicherungszwange nicht unterliegen, wobei zu berücksichtigen ist, daß innerhalb der ersten zehn Jahre seit Inkrafttreten des Gesetzes die Wartezeit für die Hinterbliebenenrente schon nach 60 Beitragsmonaten erfüllt ist."

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Versicherungspflicht von Lehrlingen.

Die Versicherungspflicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetz beginnt mit dem vollendeten 16. Lebensjahre, d. h. mit dem 16. Geburtstage. Vor vollendetem 16. Lebensjahre besteht in keinem Falle eine Versicherungspflicht.

Handlungslehrlinge im Sinne der §§ 76ff. des Handelsgesetzbuches sind, auch wenn sie das 16. Lebensjahr vollendet haben, nicht versicherungspflichtig.

Für die Beurteilung der Versicherungspflicht von nicht kaufmännischem Lehrpersonal ist die Art der Beschäftigung maßgebend. Liegt eine versicherungspflichtige Tätigkeit im Sinne des § 1 Angest.Vers.Ges. vor, so sind Beiträge zu entrichten, falls der gezahlte Entgelt die Hälfte des Ortslohns jugendlicher Arbeiter bzw. Arbeiterinnen im Alter von 14 bis 16 Jahren (§§ 149ff. RVO.) übersteigt.

In Zweifelsfällen geben wir anheim, sich unter Angabe des Namens und Geburtsdatums des Lehrlings und Schilderung seiner gesamten Tätigkeit, Obliegenheiten und Befugnisse sowie des ihm gewährten Entgelts an den Rentenausschuß zu wenden.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Versicherungspflicht der im Ausland beschäftigten Angestellten.

I. Nach dem Beschluß des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte vom 23. März 1914 sind Angestellte, die für einen inländischen Betriebsunternehmer im Auslande tätig sind, nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte im allgemeinen nicht versicherungspflichtig, es sei denn, daß es sich um Angestellte mit deutscher Reichsangehörigkeit handelt,

1. die in Grenzgebieten beschäftigt sind,
2. oder die während einer Beschäftigung im Inlande bereits versicherungspflichtig gewesen sind und entweder ununterbrochen versicherungspflichtig geblieben sind oder deren aus der inländischen Beschäftigung erworbene Anwartschaft beim Eintritt in die im Ausland die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung noch nicht erloschen ist.

Welche Gebiete als Grenzgebiete im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen sind, ist noch nicht bestimmt. Der Rentenausschuß versteht hierunter diejenigen Gebiete, für die der Bundesrat gemäß § 1314 RVO. bestimmt hat, daß die gesetzlichen Vorschriften über das Ruhen des Rechts auf den Bezug der Unfall-, Invaliden- und Altersrente außer Kraft gesetzt werden.

Als inländische Unternehmung gilt die ausländische Niederlassung einer deutschen Firma dann nicht, wenn sie selbständige Rechtspersönlichkeit hat.

II. Persönliche Bedienstete, die ihren Arbeitgeber in das Ausland begleiten, bleiben versicherungspflichtig.

Die Aufbewahrung der Quittungskarten.

Aus den Bestimmungen des früheren Invalidenversicherungsgesetzes und der jetzigen Reichsversicherungsordnung geht hervor, daß die Quittungskarten, in welche die Beitragsmarken zur Invalidenversicherung eingeklebt werden, bei der Ursprungs-(Versicherungs-)Anstalt (§ 1418 RVO.) aufzubewahren sind. Es ist zwar nachgelassen (§ 1423 RVO.), den Inhalt aller Karten desselben Versicherten in Sammelkarten zu übertragen; diese sind statt der Einzelkarten aufzubewahren, doch ist es sehr zweifelhaft, ob hierdurch Vorteile erzielt werden. Solche bestehen höchstens in Raumersparnis, dagegen erwachsen den Versicherungsanstalten durch die Uebertragung Arbeit und Kosten. Durch die Vernichtung der Karten gehen wichtige Urkunden für die Entscheidung über den Anspruch des Versicherten verloren. Die Sammelkarte bietet hier nur einen unzureichenden Ersatz. In Wirklichkeit wird von dieser Uebertragung in Sammelkarten auch so gut wie kein Gebrauch gemacht. Wo sie früher eingeführt war, ist sie jetzt wieder aufgehoben worden.

So kommt es, daß sich bei den Versicherungsanstalten gewaltige Massen von Karten anstauen. In den letzten Jahren sind bei allen Versicherungsanstalten zusammen jedes Jahr 12 bis 13 Millionen Karten eingegangen. Insgesamt lagerten Ende des Jahres 1915 bei allen Versicherungsanstalten zusammen rund 250 Millionen Quittungskarten. Das „Karten-Archiv" bildet eine der wichtigsten Einrichtungen jeder Versicherungsanstalt.

Die ganzen Einrichtungen zur Aufbewahrung der Karten sind sehr in das freie Ermessen der Versicherungsanstalten gestellt. Bisher hat der Bundesrat nur über die Einrichtung von Sammelkarten und die Vernichtung von Quittungskarten Bestimmungen erlassen (vom 8. Juni 1912). Es finden sich daher auch bei den einzelnen Versicherungsanstalten die verschiedensten Einrichtungen zur Aufbewahrung der Karten vor. Man unterscheidet in der Hauptsache zwei Arten der Anordnung der Kartenaufbewahrung: Eine solche nach den Geburtsdaten und eine lexikographische. Erstere ist z. B. bei der Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen anzutreffen. Sie bietet den Vorteil, daß die ganze Einrichtung immer übersichtlich bleibt, da die eingehenden Karten neu hinzu-

kommender Versicherter (in der Regel die dem Alter nach jüngsten) immer hintenankommen. Auch für statistische Zwecke bietet die Anordnung Vorteile. Dagegen besteht ein Nachteil darin, daß die geringste Abweichung in den Geburtsangaben von den Vorkarten beim Umtausch der Karten die Aufsuchung dieser im Kartenarchiv sehr erschwert. Bei der lexikographischen Anordnung ist nicht ohne ein Register auszukommen, bei der wenigstens jeder Versicherte, der Karten liegen hat, aufgeführt wird. Auch die äußeren Einrichtungen sind sehr verschieden. Häufig geschieht die Aufbewahrung in Blech- oder Holzkästen. Die Karten eines Versicherten werden von denen des folgenden einfach durch einen dazwischen gelegten Streifen starken Papiers — das sogenannte Trennblatt, auf dem das Nationale des Versicherten verzeichnet wird und Aufzeichnungen über die Herausnahme von Karten gemacht werden — getrennt. Die Kästen sind in Regalen aufgestellt, in denen entweder die Jahrgänge der Versicherten, vom ältesten angefangen, aufeinander folgen, oder die Reihenfolge nach dem Alphabet eingehalten ist. Bei manchen Versicherungsanstalten wird ein Quittungskartenregister geführt, das den Zweck hat, die jederzeitige Auffindbarkeit der Quittungskarten eines einzelnen Versicherten zu ermöglichen.

Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt in Merseburg hat im Jahre 1915 ein neues Verwaltungsgebäude errichtet. Nebenbei bemerkt erforderte es einen Kostenaufwand von 1 100 000 M. ohne die inneren Einrichtungen. Es besitzt 106 Arbeitszimmer, daneben einige Sitzungszimmer und eine große Anzahl von Räumen zur Aufbewahrung von Akten usw.

Das Gebäude zur Aufbewahrung der Karten ist zunächst schon in seiner ganzen Konstruktion vor allem feuerfest angelegt. Starke Mauern sind durch starke Betonböden verbunden. Das Gebäude besitzt vier Stockwerke, von denen drei besetzt und in Benutzung sind. Das vierte Stockwerk soll dem späteren Zuwachs dienen. In jedem der drei unteren Stockwerke befinden sich 800 eiserne Kartenschränke. Sie ruhen auf eisernen Schienen und Trägern und sind so innerhalb eines bestimmt abgegrenzten Raumes verschiebbar und können nach Bedarf hervorgezogen und zurückgeschoben werden. Jeder der Schränke hat 660 Fächer. Jedes Fach dient der Aufbewahrung der Karten eines Versicherten; auf einer eisernen Klappe, die das Fach abschließt, befindet sich eine große Nummer, die auf ein Register verweist, in dem der Name des Versicherten zu finden ist. Ein einfaches Exempel ergibt, daß in den insgesamt 2400 Schränken oder Kästen Raum zur Unterbringung der Karten für 1 584 000 Versicherte ist. In Wirklichkeit hat die Versicherungsanstalt im Laufe der Jahre weit mehr Versicherte besessen. Es sind indes früher die Karten für manche Versicherte (z. B. für Verstorbene nach Rückzahlung der Beiträge) vernichtet worden. Auch bestand die Einrichtung, den Inhalt der Karten solcher Versicherter, für die eine Anzahl Jahre hindurch keine weitere Karte einging, in Sammelkarten aufzutragen. Neuerdings werden indes ausnahmslos alle Karten aufgehoben. Nimmt man an, daß für jeden Versicherten im Durchschnitt zehn Karten aufbewahrt werden, so befinden sich in den Schränken rund 16 Millionen Karten.

Das ganze Kartenarchiv ist in neun Abteilungen geteilt, abgegrenzt je nach den Anfangsbuchstaben der Versicherten. Kommt nun z. B. eine Karte Nr. 5 auf den Namen Balzer an, so wird sie der Abteilung 1 übergeben. Hier wird zunächst in den Registern nachgesehen, in welchem Schrank und in welchem Fach sich die Vorkarten befinden. Diesen wird die eingegangene Karte hinzugefügt. Geht eine Karte 1 ein, so wird dieser neu hinzugekommene Versicherte in das Register eingeschrieben und ihm ein neues Fach eingeräumt. Da bei der Unmenge der Versicherten leicht Verwechselungen vorkommen können, müssen die Arbeiten sehr genau verrichtet werden. Stimmt z. B. eine Quittungskarte mit den Vorkarten nicht genau überein, enthält sie z. B. in der Schreibweise des Namens oder der Geburtsangaben Abweichungen, so können hierdurch die größten Verwirrungen angerichtet werden.

Früher oder später wird doch einmal wegen des lawinenartigen Anwachsens der Kartenmengen eine andere Regelung in der Aufbewahrung eintreten müssen.

Literarisches.

Der Fortbildungskursus für Aerzte in der sozialen Medizin vom 1. bis 13. Dezember 1913 in Berlin. V. Band, 3. Heft der Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, im Auftrage des preuß. Ministers des Innern herausgegeben von der Medizinalabteilung des Ministeriums. Berlin 1915 bei Richard Schoetz. Preis 4,50 M.

Ueber Anordnung und Verlauf des Kursus berichtet der Geheime Ober-Medizinalrat Prof. Dr. E. Dietrich. Derselbe Verfasser behandelt dann die deutsche Arbeiterversicherung und ihre Bedeutung für die Volksgesundheit. Es folgen Aufsätze (Vorträge) von Regierungsassessor Dr. Pantenberg über die historische Entwicklung der Unfallversicherung, von Regierungsrat von Geldern über Invalidenversicherung, von Dr. Hermann Engel über Technik der ärztlichen Sachverständigentätigkeit bei der Unfallversicherung, von Geh. Regierungsrat Dr. Ing. Konrad Hartmann über die ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt, von Sanitätsrat Dr. Mugdan über die Angestelltenversicherung in Deutschland, von Geh. Medizinalrat Dr. A. Heffter über die Therapie und Prophylaxe der Vergiftungen.

Die Aufgaben, vor welche sich die Aerzte im Gebiete der sozialen Medizin insbesondere durch die Arbeiter- und Angestelltenversicherung gestellt sehen, sind so vielgestaltig und eigenartig, daß sie eine Fülle von Sonderkenntnissen voraussetzen. Ihnen diese zu vermitteln, ist der Zweck der Vorträge und Uebungen in den Fortbildungskursen. Diesem Zwecke dient auch die vorliegende Veröffentlichung und sie ist besonders geeignet, ihn zu erfüllen, da alle Abhandlungen aus der

Jeder berufenster Sachverständigen stammen und ihren Gegenstand in klarer, durchsichtiger und fesselnder Darlegung behandeln. Das so gestaltete Heft darf über den Kreis der Aerzte hinaus, für die es in erster Reihe bestimmt ist, bei Sozialpolitikern und Behörden Interesse beanspruchen.

Handbuch der Unfallmedizin; dritte, neu bearbeitete Auflage des Handbuchs der Unfallverletzungen. Band II: Unfallerkrankungen, Unfalltodesfälle. Von Dr. C. Kaufmann, Dozent an der Universität Zürich. Stuttgart bei Ferdinand Enke, 1915. Preis 18,40 M., geb. 20 M.

Die erste Hälfte dieses Buches ist 1907 erschienen und von uns (1907 S. 560) mit gebührender Anerkennung besprochen worden. Das späte Erscheinen des vorliegenden zweiten Bandes erklärt sich besonders dadurch, daß inzwischen die Gesetzgebung der Länder, deren Unfallversicherungsrecht berücksichtigt ist, im Flusse war. Es sind dies Deutschland, Oesterreich, Schweiz und Frankreich. Im Nachtrage sind demgemäß auch die wegen der neuen Gesetze erforderlichen Ergänzungen und Aenderungen des ersten Bandes beigefügt. Das Buch ist „für den akademischen und praktischen Gebrauch“ geschrieben, natürlich besonders für Mediziner; aber es bietet reiches und wichtiges Material zur Belehrung auch für Juristen und Verwaltungsbeamte, sowie für die Organe der Berufsgenossenschaften.

Die Geburtenfrequenz in den vorwiegend katholischen und den vorwiegend protestantischen Teilen Preußens und ihre Entwicklung. Von Albert Lemanczyk. München und Leipzig 1915 bei Duncker & Humblot. Preis 2,20 M.

Einer Einleitung, die auf den Geburtenrückgang als internationale Erscheinung und auf den Zusammenhang zwischen Religion und ehelicher Fruchtbarkeit im allgemeinen hinweist und dann die Voraussetzungen, Möglichkeiten und den Plan der Untersuchung darlegt, folgt eine methodische Darstellung und Würdigung der den Gegenstand der Untersuchung bildenden Tatsachen, je für den preußischen Staat und für die einzelnen Regierungsbezirke, nebst einer Ausführung über die inneren Ursachen für die bei Katholiken und Protestanten verschiedene Fruchtbarkeit. Es wird dargelegt, daß im allgemeinen der Geburtenrückgang überhaupt sich nicht durch den Hinweis auf gewisse einzelne Ursachen, sondern nur aus dem Zusammenwirken wirtschaftlicher, sozialer, rechtlicher, hygienischer und nicht in letzter Linie ethischer Momente erklären lasse. Dabei sei die ausschlaggebende Bedeutung letzterdings der Weltanschauung beizumessen, welche die Angehörigen der verschiedenen Nationen und ihrer Schichten auf Grund ihrer religiösen Ueberzeugung und ihrer ethischen Anschauungen beseele. In diesem Sinne seien auch die tiefwurzelnden Unterschiede in den katholischen und in den protestantischen Anschauungen zur Erklärung der Tatsache heranzuziehen, daß es vorwiegend katholische Gebiete seien, die sich durch hohe und höchste Fruchtbarkeitsziffern auszeichnen, während die überwiegend protestantischen Regierungsbezirke nur mittlere, niedrige und sehr niedrige Geburtenziffern und den größten Geburtenrückgang aufwiesen. Wie dieser Einfluß des Bekenntnisses denkbar sei, wird näher dargelegt. Daran schließt sich eine Würdigung entgegenstehender Ansichten, ein Rück- und Ausblick und ein Tabellenanhang.

Der Stoff der sachlich und doch fesselnd geschriebenen Untersuchung steht ja so sehr im Vordergrunde des allgemeinen Interesses, daß die Schrift schon deshalb auf einen großen Leserkreis rechnen darf; die Art der Behandlung aber empfiehlt sie noch besonders allen sozial Interessierten „ohne Unterschied des Bekenntnisses“ als eine treffliche Anregung zum Nachdenken.

Säuglingsfürsorge, die Grundlage für Deutschlands Zukunft. Von Prof. Dr. L. Langstein. Berlin 1916 bei Julius Springer. Preis 0,60 M.

Der Verfasser dieser kleinen Schrift (22 Seiten) ist Direktor des Kaiserin Augusta Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche und auf Grund seines Wirkens und seiner Erfahrungen besonders berufen zu der vorliegenden eindringlichen Mahnung an „dringliche Aufgaben des Säuglingsschutzes“. Deutliche Erfolge des Säuglingsschutzes seien eine Voraussetzung des Kampfes gegen den Geburtenrückgang. Von der Frage ausgehend, wie wir mit verhältnismäßig geringen Mitteln sichtbare Erfolge erzielen können, fordert der Verfasser vor allem, daß die Mädchen zum Verständnis dafür, was zur Gesunderhaltung des Säuglings und Kleinkindes nötig ist, erzogen werden. Säuglingspflege müsse Unterrichtsgegenstand in allen Volksschulen werden, aber auch weiterhin seien Pflichtfortbildungsschulen mit theoretischem und praktischem Unterricht erforderlich. Ferner müsse die Ausbildung der berufsmäßigen Säuglingspflegerinnen, der Hebammen und auch der Aerzte in der Säuglingspflege gründlicher werden. Daß und wie die Presse mithelfen könne, wird näher dargelegt. Jedes Säuglingsheim, jede Mutterberatungsstelle müsse in den Dienst der praktischen Belehrung gewisser sozialer Gruppen gestellt werden. Die augenblickliche Hilfe für einen Säugling solle sich immer zu dauernder Aufsicht und Fürsorge erweitern; der ärztlichen Fürsorge müsse sich die soziale Hilfe anschließen. Die Reichswochenhilfe sei in die Friedenszeit zu übernehmen. Das Schicksal der unehelichen Kinder sei günstiger zu gestalten. Eine weitergehende Verbesserung der Einrichtungen sowohl der offenen als auch der geschlossenen Säuglingspflege sei geboten und mit geringen Mitteln durchführbar. Besondere Aufmerksamkeit sei auch der im allgemeinen noch unzureichenden Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit auf dem Lande zuzuwenden. — Dies alles wird näher begründet. Das Schriftchen ist lesens- und beherzigenswert. Es ist ersichtlich die Frucht nicht nur reicher Kenntnisse und Erfahrungen, sondern auch eines Herzensbedürfnisses des Verfassers.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Ersatzpflicht der Berufsgenossenschaft, wenn sie die Kasse zur Zahlung des Unfallzuschusses veranlaßt.

1. **Nach S.** Antwort: An sich hat im Einzelfalle die Krankenkasse selbständig zu prüfen, ob Anlaß zur Zahlung des Unfallzuschusses nach § 573 RVO. vorliegt; sonst zahlt sie auf ihre Gefahr. Der sicherste Weg, diese Gefahr auszuschließen, ist, daß sie sich des Einverständnisses desjenigen versichert, der ihr gegebenenfalls den Unfallzuschuß zu erstatten hat. Nach früherem Rechte war dies der Betriebsunternehmer. Demgemäß hatte das Reichsversicherungsamt im § 6 der Bekanntmachung vom 30. September 1885 die Kassen vor allem auf den Weg der Verständigung mit dem Unternehmer hingewiesen, nur freilich ohne die Kassen auf diesen Weg zu beschränken (Handb. der Unf.Vers. Bd. 1 S. 284, Anm. 3 zu § 12 GUVG.). Jetzt kommt nach § 576 RVO. als ersatzpflichtig je nach Umständen der Unternehmer oder die Berufsgenossenschaft in Betracht. Demgemäß wird die Kasse vor der Gefahr, mit dem Unfallzuschuß belastet zu bleiben, auch durch die Verständigung mit der Berufsgenossenschaft geschützt, wenn diese für die Erstattung einsteht. Dies ist im vorliegenden Falle geschehen. Die gewerbliche Berufsgenossenschaft hatte der Kasse geschrieben: „. . . Für die nach Beginn der 14. Woche nach dem Unfalle von der Krankenkasse etwa gemachten Aufwendungen, die uns rechtzeitig in Rechnung zu stellen sind, werden wir nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen Ersatz leisten". Allerdings ist hier vom Unfallzuschuß nicht die Rede, aber die Genossenschaft hatte in klarer Weise ihre Zuständigkeit und Verpflichtung, den Verletzten zu entschädigen, anerkannt, und sie mußte sich bewußt sein, daß die Kasse danach auch die gesetzliche Voraussetzung für die Zahlung des Unfallzuschusses von der fünften Woche ab als gegeben und als durch die Genossenschaft verbürgt ansehen durfte. Daher hat sie der Kasse für den Ersatz einzustehen, auch wenn sich nachträglich ergeben hat, daß der Unfall sich tatsächlich in einem landwirtschaftlichen Nebenbetriebe ereignet hat, so daß die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft entschädigungspflichtig ist und deshalb zur Zahlung eines Unfallzuschusses zum Krankengelde kein Anlaß vorlag.

Schülerin oder Lehrmädchen?

2. **Nach Kusel.** Antwort: Es kommt darauf an, ob der Betrieb, in welchem die Lernenden tätig sind, hauptsächlich darauf gerichtet ist, diese in der Schneiderei auszubilden, oder darauf, durch die Anfertigung der Kleider selbst einen Erwerb zu erzielen, also ob es eine Unterrichtsanstalt oder ein gewerblicher Schneidereibetrieb ist. In letzterem Falle wären die Lernenden als Lehrlinge anzusehen und daher krankenversicherungspflichtig. Handelt es sich aber um eine reine Lehranstalt, so sind sie Schüler und als solche nicht der Versicherungspflicht unterworfen. Ob für diese Frage eine Bedeutung dem Zweck beizumessen ist, zu dem die Lernenden ausgebildet werden, ist streitig. Kleeis z. B. in der Arb.-Vers. 1915 S. 361 ff. nimmt Versicherungspflicht auch dann an, wenn die in einem gewerblichen Betriebe Beschäftigten, die Schneiderei nur lernen, um sie später für sich selbst im eigenen Haushalt, nicht aber beruflich auszuüben. In den geschilderten Fällen dürfte die Schwester nicht versicherungspflichtig sein, weil sie mit der Lehrherrin in dem gemeinsamen elterlichen Haushalt wohnt und offenbar auf Grund des verwandtschaftlichen Verhältnisses ausgebildet wird. Für die übrigen wäre die Versicherungspflicht anzunehmen, wenn der Betrieb aus der Anfertigung von Kleidern für andere ein Gewerbe macht.

Fortsetzung des alten Wahlverfahrens oder neues?

3. **Nach Hattingen.** Frage: Zum Ausschuß unserer Kasse sollte am 24. Oktober 1914 eine Neuwahl erfolgen, nachdem die Vorwahl aus dem Jahre 1913 rechtskräftig als ungültig erklärt worden war. Der Wahltermin wurde mit Rücksicht auf den Krieg und die dadurch eingetretene Unmöglichkeit der Wahlbeteiligung einer erheblichen Zahl Kassenmitglieder bis auf weiteres vertagt. Es wurden damals drei Wahlvorschläge eingereicht, von denen der eine einen Tag zu spät beim Kassenvorstand einging. Nach einer neuen Verfügung des Versicherungsamts soll nunmehr jetzt die Wahl vor sich gehen. Ist nun die Eröffnung eines ganz neuen Wahlverfahrens, also die Aufstellung neuer Wählerlisten und die Aufforderung zur Einreichung neuer Vorschlagslisten notwendig? Es wird die Auffassung vertreten, daß die damals eingereichten Wahlvorschlagslisten auch für die Fortsetzung des im August 1914 eingeleiteten Wahlverfahrens unverändert beizubehalten seien, und daß der dritte, einen Tag zu spät eingereichte auch heute noch zu verwerfen sei. Andererseits wird geltend gemacht, daß es sich nicht mehr um die Fortsetzung des im Jahre 1914 eingeleiteten Wahlverfahrens, sondern mit Rücksicht auf den längeren, inzwischen verstrichenen Zeitraum um ein ganz neues Wahlverfahren handele.

Antwort: Wir teilen unbedingt die letzte Ansicht. Nachdem mehr als 1¼ Jahre verflossen sind, kann von einer Fortsetzung des alten Wahlverfahrens nicht die Rede sein. Durch den dazwischen liegenden langen Zeitraum ist die Einheitlichkeit beseitigt, die äußeren Verhältnisse, die Mitglieder haben sich zum großen Teil geändert, so daß von neuem ein Wahlverfahren begonnen

werden muß. Infolgedessen sind neue Vorschlagslisten einzufordern und einzureichen.

Ort der vom Kassenausschuß vorzunehmenden Rechnungsprüfung. — Versicherungsberechtigung der versicherungsfreien Beamten.

4. Nach Pr. Eylau. Antwort:

a) Es besteht für den Vorstand der Kasse keine Verpflichtung, den Mitgliedern des Ausschusses die Unterlagen zur Prüfung der Jahresrechnung in die Wohnung zu schicken. Im Gegenteil bestehen hiergegen, wie Sie zutreffend hervorheben, Bedenken. Abgesehen von der Möglichkeit eines Mißbrauches können auch Schriftstücke leicht verloren gehen, und die Zusendung kann recht umständlich sein. Es kann also verlangt werden, daß der Ausschuß die Prüfung in den Geschäftsräumen der Kasse vornehme, abgesehen etwa von ganz besonders gearteten Fällen.

b) Auch die auf Lebenszeit angestellten Beamten, die nach § 169 RVO. von der Versicherungspflicht befreit sind, haben die Versicherungsberechtigung nach § 176 RVO. Es liegt kein gesetzlicher Grund vor, sie ihnen abzusprechen.

Kriegswochenhilfe für ein uneheliches Kind.

5. Nach Schwerin i. M. Antwort: Ueber die Leistungen an Kriegswochenhilfe auf Grund der Bekanntmachung vom 23. April 1915 entscheidet nach § 11 die Kommission des Lieferungsverbandes endgültig. Wenn es hiernach ein eigentliches Rechtsmittel nicht gibt, so erscheint zwar die Anrufung der vorgesetzten Dienststelle im Aufsichtswege nicht ausgeschlossen, aber dieser Weg ist im vorliegenden Fall aussichtslos. Denn nach § 3 der Bekanntmachung wird die Wochenhilfe für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers nur gewährt, wenn es auf Grund des § 2 Abs. 1 c des Gesetzes vom 28. Februar 1888 in der Fassung vom 4. August 1914 „unterstützt wird", was wiederum voraussetzt, daß die Verpflichtung des Kriegsteilnehmers als Vater zur Gewährung des Unterhalts festgestellt ist. Wenn aber entweder deshalb, weil die Vaterschaft nicht festgestellt ist, oder aus irgendeinem anderen Grunde eine Unterstützung nicht in Anspruch genommen und folglich tatsächlich nicht gewährt wird, so ist auch die Voraussetzung für die Gewährung der Kriegswochenhilfe nicht gegeben.

a) Befreiung nach § 418 RVO. bei Beschäftigung im Gewerbe und in der Landwirtschaft. b) Versicherungsrechtliche Stellung der Haushälterin eines Pfarrers.

6. Nach F. Frage: a) Eine Waisenanstalt, welche von Ordensschwestern geleitet wird, sonst jedoch vollständig privaten Charakter hat, betreibt nebenher eine ziemlich ausgedehnte Landwirtschaft. Der Ertrag dient wohl ausschließlich gewerblichen Zwecken. Das Personal der Anstalt einschließlich des landwirtschaftlichen Betriebes war bis jetzt gemäß § 418 RVO. befreit. Mit dem Ableben der bisherigen Vorsteherin wurde die Befreiung hinfällig und ist von deren Rechtsnachfolgerin der Antrag auf Befreiung erneuert worden. Wir haben die Befreiung abgelehnt, weil es sich um einen gewerblichen Betrieb handelt und das in dem landwirtschaftlichen Betriebe angestellte Personal auch in dem Hauptbetriebe mit tätig sei.

b) Die meisten Pfarrer unseres Kassenbezirkes beantragten für die ihren Haushalt führenden Haushälterinnen Befreiung nach § 418 RVO. Wir halten dieses für nicht zulässig, da die genannten Personen keine Dienstboten sind. Dieselben dürften vielmehr, da ihre Tätigkeit in fast allen Stücken eine selbständige ist, zu den Angestellten (Hausdamen) zu rechnen sein. Ist unsere Ansicht in beiden Fällen richtig?

Antwort: a) Wenn es zutreffen sollte, daß die Waisenanstalt als solche wesentlich Erwerbszwecken dient, so würden die in dieser Anstalt und zugleich in der Landwirtschaft beschäftigten Personen nach denjenigen Vorschriften zu versichern sein, die für ihre überwiegende Beschäftigung gelten (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 1c zu § 309 RVO.). Der § 418 RVO. würde daher nur bei denjenigen nicht anwendbar sein, die überwiegend in der Waisenanstalt beschäftigt sind. Soweit es sich um Dienstboten handelt, käme aber noch § 439 in Betracht.

b) Allgemein läßt sich die Frage nicht entscheiden. Es kommt darauf an, welche Art von Diensten im besonderen Falle den Schwerpunkt der Tätigkeit der Haushälterin bildet. Muß sie selbst alle niederen Dienste in der Häuslichkeit verrichten, so wird sie zu den Dienstboten zu rechnen sein, auch wenn sie wirtschaftlich etwas freier und selbständiger gestellt ist, als sonst bei Dienstboten üblich. Werden ihr aber die niederen Dienste in erheblichem Maße abgenommen — durch einen anderen Dienstboten oder durch eine Aufwärterin usw. —, so daß die Leitung des Haushalts als ihre eigentliche Aufgabe mehr hervortritt, so wird sie zu den Angestellten in gehobener Stellung zu rechnen sein.

Kriegswochenhilfe für eine nach § 205 Ziff. 2 RVO. berechtigte Ehefrau.

7. Nach Hagendingen. Antwort: An den Fall, daß die Wöchnerin zwar nicht selbst versichert, aber als Ehefrau eines Kassenmitgliedes zu Leistungen der Wochenhilfe nach § 205 RVO. berechtigt ist, hat man bei Erlaß der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 anscheinend nicht gedacht. Wir meinen aber, daß in einem solchen Falle eine zur Kriegswochenhilfe berechtigte Frau sich auf das Kriegswochengeld dasjenige Wochengeld anrechnen lassen muß, welches sie von der Kasse als Familienhilfe empfängt und daß daher die Kasse nur den von ihr verauslagten Mehrbetrag vom Reich erstattet verlangen kann. Daß Doppelleistungen gewährt werden sollen, liegt sicher nicht in der Absicht der Bundesratsverordnung. Diese will im allgemeinen nur aushelfend und ergänzend einsetzen, wo Kassenleistungen nicht oder nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Das läßt sich als ein Grundgedanke aus § 5 Abs. 1 entnehmen. Wie nach dieser Vorschrift die Kasse das Wochengeld selbst zu tragen hat, wenn die Frau des Kriegsteilnehmers darauf einen Anspruch nach § 195 RVO. hat, so wird Gleiches auch gelten müssen, wenn der Anspruch zwar nicht auf § 195, aber auf § 205 Ziff. 2 beruht.

Krankengeld bei verminderter Arbeitsfähigkeit.

8. Nach Obernkirchen. Antwort: Ganz irrig ist Ihre Ansicht, daß nach abgeschlossenem Heilverfahren von Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes nicht die Rede sein könne. Wer nach abgeschlossenem Heilverfahren eine solche Bein-

trächtigung seiner Leistungsfähigkeit zurückbehalten hat, daß er seine frühere oder eine ähnliche Berufstätigkeit noch nicht oder überhaupt nicht mehr aufnehmen kann, der ist infolge seiner Krankheit arbeitsunfähig im Sinne des § 182 Ziff. 2 RVO. und hat Anspruch auf Krankengeld. Außer Betracht bleiben muß aber eine solche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, die nur eine geringe Minderung des früher erzielten Erwerbes zur Folge hat. Ist indessen, wie im vorliegenden Falle eine Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit um 60% festgestellt, so wird man nicht sagen können, daß der Verletzte seiner früheren Berufstätigkeit wieder nachgehen könne. Die beiden Entscheidungen sind daher begründet. Das Krankengeld ist bis zum Ablauf der satzungsmäßigen Leistungsdauer weiter zu zahlen, so lange die Krankenkasse nicht etwa Anlaß zu der Annahme hat, daß inzwischen eine Besserung eingetreten und die Arbeitsunfähigkeit im bezeichneten Sinne gehoben ist. Von einer „Aufrechnung" der Unfallrente gegen das Krankengeld kann nicht die Rede sein. Maßgebend sind die Vorschriften in §§ 1501 ff. RVO.

a) Besonderes Verzeichnis für Kassenmitglieder mit abweichendem Grundlohn. b) Berechnung des wirklichen Arbeitsverdienstes. c) Nachweisung von Fahrkosten der Kranken im Rechnungsabschluß.

9. Sch. L. 7. Fragen:

a) Nach § 3 der Bekanntmachung des Reichskanzlers über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen vom 9. Oktober 1913 müssen die Kassen besondere Mitgliederverzeichnisse führen für Versicherte, deren Grundlohn abweichend vom regelmäßigen Grundlohn der Kasse bestimmt ist. Ist hiernach bei einer Landkrankenkasse, die als Grundlohn den Ortslohn festgesetzt, für die in § 181 Abs. 2 genannten Versicherten aber besondere Grundlöhne bestimmt hat, für die letzteren ein besonderes Mitgliederverzeichnis zu führen?

b) Die Krankenkassenbeiträge sind nach § 385 Abs. 1 RVO. vom Grundlohn zu berechnen. Bei einer Betriebskrankenkasse gilt als solcher der wirkliche Arbeitsverdienst, den das Mitglied in den beiden letzten Lohnzahlungsperioden gehabt hat. Der Lohn wird monatlich gezahlt. Der Arbeitgeber berechnet nun von dem monatlichen Lohn in seinen Büchern die Beiträge und führt sie an die Kasse ab. Wird es bei dieser Berechnung bleiben können, weil sie das wirtschaftliche Ergebnis für die Kasse nicht beeinträchtigt, oder muß die Kasse verlangen, daß der Arbeitgeber die Beiträge genau nach der Satzung berechnet?

c) Unter welchem Titel des Rechnungsabschlusses sind die Kosten zu buchen, die durch die Fahrt eines Kranken zum Arzt entstehen und ihr von der Kasse erstattet werden?

Antwort:

a) Die Frage ist zu bejahen. Im § 3 der Bekanntmachung ist ja auch der § 181 RVO. ausdrücklich angezogen.

b) Die Satzungsvorschrift muß beachtet werden. Auch wenn im allgemeinen die vom Arbeitgeber beliebte Abweichung praktisch bedeutungslos sein sollte, kann doch jederzeit eine Aenderung der Lohnverhältnisse eintreten, bei der die Abweichung zu einem mit der Absicht der Satzung unverträglichen Ergebnisse führt.

c) Die Kosten der Reise des Kranken zum Arzt gehören, wie die Reisekosten des Arztes, zu den Kosten der ärztlichen Behandlung und sind daher in Kap. 4 Tit. 1a nachzuweisen.

Kriegswochenhilfe bei nachträglicher Verheiratung der Wöchnerin.

10. Nach Sondershausen. Antwort: Wir halten an unseren Auskünften im Jahrgange 1915 S. 790 Ziff. 2 und 816 Ziff. 11 fest. Danach hat die Wöchnerin, wenn sie erst nach der Niederkunft sich mit einem Kriegsteilnehmer verheiratet, von da ab Anspruch auf Wochen- und Stillgeld mit der Maßgabe, daß von der Leistungsdauer die Zeit zwischen Niederkunft und Eheschließung abzurechnen ist. Wie beim nachträglichen Wegfall einer Voraussetzung der Kriegswochenhilfe diese einzustellen ist (zu vgl. Bescheide des Reichsamts des Innern in Arb.-Vers. 1915 S. 684, 1916 S. 56), so muß beim nachträglichen Eintritt der Voraussetzungen noch diejenige Hilfe geleistet werden, für die nicht die vorgesehene Leistungsdauer bereits abgelaufen ist. Dies scheint uns dem Fürsorgegedanken, auf dem die Verordnung vom 3. Dezember 1914 beruht, allein zu entsprechen. Uebrigens ist es ein Irrtum, wenn Sie meinen, daß die Ansicht von Krause in Anm. 2 zu § 1 der Bekanntmachung dem entgegenstehe; sie stimmt vielmehr insoweit mit der unserigen überein (S. 22 oben).

Anspruch auf ein Glasauge?

11. Nach F. Antwort: Das künstliche Auge dient keinem Heilzweck, sondern ersetzt nur einen fehlenden Körperteil, um der Verunstaltung entgegenzuwirken. Infolgedessen besteht Anspruch auf ein solches nur dann, wenn die Satzung auf Grund des § 187 Ziff. 3 Hilfsmittel gegen Verunstaltung gewährt, die nach beendigtem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten.

Desinfektionskosten.

12. Nach Corbach. Antwort: Die Desinfektion der Wohnung des an einer ansteckenden Krankheit leidenden Mitgliedes bezweckt nicht dessen Heilung, ist also kein Heilmittel, daher ist die Kasse nicht verpflichtet, die Kosten der Desinfektion zu übernehmen. Wohl aber ist sie dazu gemäß § 363 RVO. berechtigt; denn die Desinfektion dient der allgemeinen Krankheitsverhütung.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1131 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. März 1916 | Heft 9

Der Geburtenrückgang.*)

Von Regierungsrat Dr. Reuscher in Stettin.

Der Aufsatz des Herrn Landesrats Seelmann in dieser Zeitschrift gibt mir Anlaß zu einigen Bemerkungen. Zunächst eine kleine Richtigstellung zu S. 75 wo dem Herrn Verfasser doch wohl mit der Feststellung „die katholische Religion betrachte die Einschränkung der Kinderzahl als Sünde", ein Versehen untergelaufen ist. Mir ist wenigstens noch kein Evangelischer (der es mehr als nur dem Namen nach ist) vorgekommen, der nicht dieselbe Auffassung von der Sache hat, wie die Katholiken. Nur ist eben das Fleisch schwach — —. Soweit ich unterrichtet bin, sieht denn auch die Wissenschaft den Grund für die, im Durchschnitt größere Kinderzahl der Katholiken mehr darin, daß die katholische Religion vor allem auch in den polnischen Gegenden herrschend ist, wo fast nur Landwirtschaft betrieben wird und schon deswegen, wie Herr S. weiterhin ausführt, größerer Kinderreichtum herrscht, von anderen Gründen ganz zu (schweigen Rasseneigentümlichkeiten z. B.)

Durchaus beizustimmen ist den Warnungen vor allzugroßem Zutrauen zu Maßnahmen steuerlicher Art, sei es nun Steuererleichterung für Kinderreiche, sei es Höherbelastung der Junggesellen oder der Kinderlosen. Und zu den offenbar wohlüberlegten, meines Wissens in der Hauptsache neuen Vorschlägen betr. Ausgestaltung der Alters- und Invalidenversicherung durch Einführung von Kinderrenten, muß ich den Herrn Verfasser beglückwünschen, wenngleich ich die Sache doch für etwas schwieriger in der Durchführung halte, als er.

---

*) Anmerkung der Schriftleitung: Wir verweisen auf unsere Anmerkung zum Seelmann'schen Aufsatz in Heft 4 und glauben, auch für die vorliegenden Ausführungen, in denen wir nicht eine bloße Entgegnung, sondern vor allem eine sehr bemerkenswerte Ergänzung finden, das Interesse unserer Leser beanspruchen zu dürfen, ohne uns im übrigen zu allen Einzelheiten und besonders zu dem wohl allzu trübsinnigen Ausblick zu bekennen, in den der vorliegende, von hohem Ernste getragene Aufsatz ausklingt. — Zu der einleitenden „Richtigstellung" mag hier gleich folgendes bemerkt werden: Seelmann sagt S. 75, die katholische Religion betrachte die willkürliche Einschränkung der Geburtenzahl als Sünde und wirke ihr „daher" mit den ihr zu Gebote stehenden Mitteln entgegen. Hier liegt wohl nur eine sprachliche Ungenauigkeit vor. Sicher hat nicht gesagt werden sollen, daß die evangelische Religion jenes Verhalten nicht als Sünde betrachte und ihm „daher" nicht entgegenwirke; sondern der Gedanke ist wohl nur der, daß die katholische Kirche, nach Maßgabe der ihr zu Gebote stehenden Mittel, dem sündhaften Verhalten wirksamer entgegentrete. Insoweit ergäbe sich dann eine Uebereinstimmung mit dem, was Lemanczyk in dem von uns in Heft 8 S. 189 besprochenen Buche vorbringt. Dort wird (S. 39, 40) näher ausgeführt, daß die Anwendung der Präservativtechnik freilich auch der strengeren protestantischen Auffassung stets als Sünde gegolten habe, daß aber die katholische Kirche in ihren Einrichtungen und Gnadenmitteln über stärkere Kontroll- und Bekämpfungsmittel verfüge, als die evangelischen Geistlichen, die trotz gelegentlicher schärfster Verurteilung in Predigt und Seelsorge verhältnismäßig doch sehr machtlos seien. Ueber das, was Lemanczyk darüber hinaus vorbringt, wird man streiten können. Eben deshalb haben wir seine Ausführungen als „eine treffliche Anregung zum Nachdenken" empfohlen.

Trotzdem kann ich mir von ihrer Durchführung nur Erfolg versprechen, wenn es gelingt unser Volk von der auch von Seelmann (auf S. 76 rechts) gekennzeichneten Ueberschätzung der wirtschaftlichen Interessen zurück, und zu einer anderen Auffassung, wie auf anderen Gebieten, so auch auf diesem zu bringen, die ich kurz mit dem Worte „Abkehr vom Materialismus" und von der zu weit gehenden „Rationalisierung" aller und jeder Zweige menschlichen Wirkens bezeichnen möchte. Nach dieser Richtung hin bedarf meiner Ansicht nach der Aufsatz einer Ergänzung.

Im Widerspruch mit Seelmann (S. 104 links) muß ich es für verfehlt erklären, den inneren Grund für die Einschränkung der Kinderzahl in der Furcht der Eltern vor den Kosten der Aufzucht der Kinder zu sehen. Wäre das richtig, dann müßten die Kinderrenten schon deshalb versagen, weil sie unter allen Umständen nur einen Teil der Kosten decken können (auch Seelmann ist dieser Meinung — S. 105 r. unten). Es ist aber nicht richtig, weil die Frage „viel oder wenig Kinder" neben der wirtschaftlichen noch andere Seiten hat, denen, ich möchte sagen, nur „von innen heraus" beizukommen ist. Der Herr Verfasser selbst deutet die eine von ihnen (auf S. 76) an, wo er, in leichtem Widerspruch mit seinen späteren Ausführungen, das gesteigerte Verantwortungsgefühl der Eltern als eigentlichen Grund bezeichnet. In der Tat liegen die Verhältnisse so, daß jenes Verantwortlichkeitsgefühl zu einem immer schwereren Hindernis der Volksvermehrung sich auswächst. Es ist dabei zweierlei festzustellen, was ich als die subjektive und die objektive Seite der Frage bezeichnen möchte.

Es kann zunächst gar keinem Zweifel unterliegen, daß im allgemeinen die Verantwortung für die Kinder, wie Herr Seelmann sagt, heut stärker empfunden wird als früher: selbst in Kreisen, die sich früher überhaupt keine Sorge darüber machten, wie die Kinder großgezogen werden sollten, findet man jetzt jenes gekennzeichnete, an sich höchst lobenswerte Streben, die Kinder, sei es durch bessere Erziehung, sei es durch Ansammlung von Vermögen besser und besser zu stellen. Wie oft damit über das Ziel hinausgeschossen wird, welche Rolle hierbei eine oft verständliche, darum aber doch verkehrte Eitelkeit spielt, ist zu bekannt, als daß ich hier noch weiter darauf einzugehen brauchte. Sicherlich aber spielen rein materielle Erwägungen heutzutage so stark mit, daß man oft nicht weiß, worüber man sich mehr wundern soll: über die Einseitigkeit, die einen ganz unbekannten Beruf, nur weil er äußerlich ein wenig ansehnlicher ist als der eigene, für die Kinder ins Auge faßt, oder die Harmlosigkeit, mit der die Kinder, die es doch „besser haben" sollen, oft einer trüben, dem Sachkenner durchaus unbefriedigend erscheinenden Zukunft überantwortet werden.

Aber die Verantwortung wird heut nicht nur ernster, schwerer empfunden, sie *ist* auch unvergleichlich schwerer als früher, nicht nur weil der Wettbewerb auf allen Gebieten sich verschärft hat, der „goldene Boden" vielfach so hart und schwierig geworden ist, sondern vor allem deswegen, weil die Anforderungen der Kinderaufzucht an die Eltern so außerordentlich gestiegen sind und uns unter den Händen immer weiter zunehmen, in einem Maße, daß dem Volksfreunde buchstäblich angst werden kann. Und diese Anforderungen sind eben ganz überwiegend nicht, wie man zunächst versucht ist zu glauben und wie auch bei solchen Erörterungen, wie die des Herrn S. sind, vorausgesetzt wird, nur oder auch nur in der Hauptsache geldliche, sondern sie richten sich gegen die Person der Eltern. Denen stellt die zur Herrschaft gekommene, sich immer weiter vertiefende Auffassung über das, was „sein muß", Zumutungen allerpersönlichster Art, welchen sich Menschen durchschnittlicher Leistungsfähigkeit und -Willigkeit mit Recht wohl ein oder das andre Mal, nicht aber beliebig oft im Leben gewachsen fühlen, vor allem bei den starken Anforderungen, die Leben und Beruf heutzutage an Körper und Geist stellen. Was bedeutet gegenwärtig schon allein Geburt und Pflege des Säuglings, mit dem früher selbst in

wohlhabenden Familien herzlich wenig Umstände gemacht wurden! Was wird in unsren Tagen bei der Pflege und Erziehung der heranwachsenden Kinder vor und während der Schulzeit für unerläßlich gehalten und muß nicht nur angeschafft und bezahlt, sondern vor allem in Ordnung und instandgehalten werden, wovon frühere Geschlechter keine Ahnung hatten! Wie sind die Anforderungen der Schule gestiegen, die nicht nur selbst von den Kindern u n d den Eltern ein gegen früher vervielfachtes Maß von Arbeit, Beaufsichtigung und Mitarbeit verlangt, sondern oft genug Anregungen gibt, deren Ausnutzung (so dankenswert sie an sich sind) wiederum von den Eltern außer Geldausgaben persönliche Leistungen, in Beaufsichtigung, Sichkümmern usw. erheischt. Wie haben sich die Amüsiergelegenheiten, mit und ohne Belehrungszweck oder -Vorwand, auch schon für die kleine Welt vermehrt, deren Benützung überwacht werden muß, wo früher sich die Kinder kostenlos, höchstens mit dem Risiko blauer Flecken oder eines gelegentlichen Lochs im Kopfe, tummelten, immer in heilsamer Furcht vor den Erwachsenen, die noch von keinem „Jahrhundert des Kindes“ wußten. Damals waren die Kinder ja auch nicht entfernt so vielen Verlockungen zur Unbotmäßigkeit und zu Schlimmerem ausgesetzt wie die Kinder von heut, mögen sie einfachen oder gehobenen Kreisen entstammen. Ob nun die Mutter selbst, höchstens mit Hilfe einer Aufwartung usw., die weißen Kleidchen — nichts ist bekanntlich so hygienisch wie Weiß! — die gestickten Bettbezüge u. dgl. und all das andre, dessen peinlichste Sauberhaltung uns immer wieder ans Herz gelegt wird, waschen und säubern und ausbessern muß, ob Kinderfräulein, Bonne oder Nurse (wie lange ist es her, daß eine „Nurse“ als Höchstes galt!) zu überwachen sind, daß sie auch wirklich mit Hilfe von Waschfrau, Ausbesserin und erstem Hausmädchen alles in Ordnung halten, kommt schließlich auf eins hinaus. Ebenso bleibt es sich gleich ob Vater und Mutter sich nur Schönschreib- und Rechenheft zeigen lassen und gelegentlich ein Machtwort sprechen, wenn es wo fehlt, ob sie abends nach vollbrachtem eigenen Tagewerk selbst im Schweiße ihres Angesichts bei den Schularbeiten helfen oder ob sie, besser gestellt, ihren entsprechend vielfältigeren Geschäften, den oft genug zum Zwang ausgearteten Vergnügungen die Zeit abstehlen, sich zu überzeugen, ob der Nachhilfelehrer auch wirklich etwas anderes tut als den Kindern die Arbeiten machen, wobei diese so dumm bleiben wie sie waren. Denn niemand sagt sich (das liegt in der menschlichen Natur) wieviel schwerer es andere haben, sondern jeder sieht nur auf seine Last. Und diese wird, ebenso wie das ganze Leben, eher schwerer als leichter durch alle die schönen neuen Erfindungen, die man uns auf Ausstellungen, in Vorträgen und Zeitschriften so anschaulich und überzeugend vorführt, während zu gleicher Zeit sich die beruflichen Anforderungen immer mehr steigern, äußerste Ausnutzung aller Kräfte auf allen Gebieten angestrebt wird. Richten wir doch alles so „rationell“ ein, wie nur immer möglich, mühen wir uns doch seit Jahrzehnten mit immer besserem Erfolge, auch dem einfachen Manne begreiflich zu machen, daß es auf den greifbaren Nutzen und nur auf ihn ankommt, daß, was nicht an sich und unmittelbar nützt, unnütz und ohne Daseinsberechtigung sei. Wir sind damit schon auf einzelnen Gebieten des Wirtschaftslebens in die Brüche gekommen, müssen uns gegen die Verödung unsrer Heimat durch übermäßige Betonung des Nützlichkeitsstandpunkts zur Wehr setzen, gehen aber nach wie vor allem, was an alte Gemächlichkeit und Beschaulichkeit erinnert, rücksichtslos zu Leibe und sind entzückt über jedes Anzeichen endgültiger Eroberung weiterer Kreise durch rationelle Verfahrensweisen. Meiner Ueberzeugung nach muß der Geburtenrückgang vor allem unter diesem Gesichtspunkt betrachtet werden, als Frucht einer Entwicklung, die unmöglich vor einem Gebiete halt machen kann, das so innig mit dem ganzen Wohl und Wehe der Menschen verknüpft ist, wie dieses. „Rationell“ im modernsten, auf der Hand liegendsten Sinne handeln sie ja alle, die durch Beschränkung der Kinderzahl nicht nur sich, sondern vor allem ihrer Nach-

kommenschaft, deren Persönlichkeitswert eine verstiegene Auffassung allzu sehr betont, ein soviel ruhigeres, behaglicheres und gemächlicheres Leben zu sichern bemüht sind, dessen vielfältige anderweite Schwächen und Mängel zu erkennen sie bei ihrer aus dem Zeitgeist geborenen Geistesverfassung außerstande sind. Die Annahme, daß diesen Zuständen durch irgendwelche Zuwendungen der in Rede stehenden oder andrer Art durchgreifend abgeholfen werden könne, muß bei Zeiten als irrig erkannt und verlassen werden, so schmerzlich die Erkenntnis auch ist. Ich wage sogar zu behaupten, daß überhaupt nichts Nennenswertes dabei herauskommen wird für den uns allen am Herzen liegenden Zweck, wenn es nicht gelingt, die von mir aufgeführten Hindernisse zu überwinden, zunächst anderen, gesünderen Auffassungen in unsrem Volke die Oberhand zu verschaffen und der vielfach eingerissenen, ungesunden Hetze zu steuern, vor allem aber aus dem Wege zu räumen oder einzudämmen, was jetzt tatsächlich den Kinderreichtum zur Last, den Kinderreichen zum Dummen unter seinesgleichen werden läßt: die allzu weitgehende, überängstliche Sorge um Heranwachsen und Zukunft der Kinder, die Ueberbeflissenheit in der Erfindung und Verbreitung immer mehr verfeinerter Methoden und Hülfen für das körperliche und vermeintliche geistige Wohl des kommenden Geschlechts. Denn diese kann wenn sie sich so weiter entwickelt, wie es jetzt den Anschein hat, eigentlich kaum zu etwas anderem führen als zum unwiderruflichen Niedergang durch das Einkindersystem.

Heilverfahren bei freiwillig Versicherten. Zahnersatz während des Krieges.

Von Oberregierungsrat Dr. Haberland in Dresden.*)

In Nummer 24 des 2. Jahrgangs der Zeitschrift des Hauptverbands deutscher Ortskrankenkassen e.V., Dresden, „Die Ortskrankenkasse“ bedauert Arbeitersekretär Fr. Kleeis, Halle a. S., in einem „Wiederausgestaltung der eingeschränkten Heilverfahren durch die Landesversicherungsanstalten“ überschriebenen Aufsatz die bei einer Anzahl von Versicherungsanstalten des Krieges wegen erfolgten Einschränkungen der Heilbehandlung (§§ 1269, 1305 R. V. O.). In diesem Zusammenhange führt Verfasser aus, daß die Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen neuerdings vor Gewährung des Heilverfahrens immer in eine Prüfung der Frage eintrete, ob der Versicherte regelmäßig, d. h. wöchentlich Marken klebe. Das sei namentlich für solche Personen, die sich freiwillig weiterversichern, von allergrößter Bedeutung. Haben diese nämlich, wie es vielfach der Fall sei, lediglich die Anwartschaft durch Zahlung der im Gesetz vorgeschriebenen 20 Marken für zwei Jahre aufrecht erhalten, dann hätten sie nach der Praxis der Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen keine Aussicht, daß ihnen ein Heilverfahren bewilligt wird. Das Zentralarbeitersekretariat Berlin, das sich dieserhalb an die Versicherungsanstalt Königreich Sachsen gewendet hatte, habe die Bestätigung, daß die Praxis tatsächlich so sei, erhalten. In der Antwort heiße es noch:

„Ob im Einzelfall ausnahmsweise auch bei geringerer Beitragsleistung ein Heilverfahren gewährt werden kann, hängt ab von der Frage, ob der Versicherte durch besondere Verhältnisse wie Krankheit, ungünstige Erwerbsverhältnisse, große Kinderzahl usw. an regelmäßiger Beitragsentrichtung gehindert worden ist.“

Verfasser bezeichnet dieses Verfahren der Landesversicherungsanstalt als befremdlich, da für das Heilverfahren eine Wartezeit nicht vorgesehen sei und auf diese Weise die freiwillig Versicherten von den Heilbehandlungen so gut wie ausgeschlossen würden.

*) Aus dem Amtsblatt der Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen (1916 Nr. 1) mit freundlicher Ermächtigung der Schriftleitung und des Herrn Verfassers.

Zunächst irrt Verfasser, wenn er annimmt, daß die geschilderte Voraussetzung des Heilverfahrens erst neuerdings im Zusammenhange mit dem Kriege geschaffen worden sei. Sie greift vielmehr bis in das Jahr 1908 zurück und ist im Laufe der Jahre den Beteiligten bei jeder sich bietenden Gelegenheit zur rechtzeitigen Berücksichtigung empfohlen, auch bereits Mitte 1909 der Aufsichtsbehörde bekannt und von ihr gebilligt worden. Sie ist aber ferner auch durchaus begründet, wie sich aus folgender Erwägung ergibt:

Nach §§ 1269, 1305 R. V. O. darf die Landesversicherungsanstalt ein Heilverfahren nur Versicherten, Witwen solcher und Rentenempfängern gewähren. Wer die Anwartschaft (§§ 1280 fg. R.V.O.) erlöschen ließ, ist nicht mehr Versicherter, kann also in der Regel keine Heilbehandlung erhalten.

Die Heilbehandlung auf Rechnung der Versicherungsanstalt kann aber im Allgemeinen auch nicht erwartet werden, wenn die freiwillige Beitragsentrichtung von den dazu berechtigten und zahlungsfähigen Personen auf den gesetzlich unbedingt notwendigen und zur Anwartschaft auf die Zwangsleistungen (Invaliden- und Altersrente, Hinterbliebenenbezüge) gerade ausreichenden Mindestbetrag beschränkt wird, unregelmäßig und in geringerer Höhe erfolgt, als sie bei Fortdauer der Versicherungspflicht geleistet werden müßte. Es würde eine im Gesetz nirgends angedeutete und nicht zu rechtfertigende Bevorzugung von Versicherungsberechtigten sein, wollte man diesen außer den im Gesetz vorgeschriebenen Leistungen auch die darin nachgelassenen Zuwendungen (Heilbehandlung, Invalidenhauspflege, erhöhtes Hausgeld während des Heilverfahrens oder eine Mehrleistung im Sinne von § 1400 R.V.O.) gegen erheblich geringere Beitragsentrichtung, als sie von den Versicherungspflichtigen gefordert werden muß, gewähren und damit die letzteren belasten, obwohl sich mit dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht, wie es beim Uebertritt in eine mit Pensionsanwartschaft verbundene Stelle, bei Selbständigmachung oder Erlangung eines die Versicherungsgrenze von 2000 Mark übersteigenden Diensteinkommens der Fall ist, die wirtschaftliche Lage der nicht mehr versicherungspflichtigen, weil weniger fürsorgebedürftigen Personen gebessert hat.

Danach ist es durchaus gerechtfertigt, wenn die Landesversicherungsanstalt für das Heilverfahren auch außerhalb der Zeiten versicherungspflichtiger Beschäftigung eine über das zur Erhaltung der Anwartschaft erforderliche Maß (§§ 1280 fg. R.V.O.) hinausgehende, in der Hauptsache regelmäßige, für jede Kalenderwoche erfolgende Beitragsleistung in angemessener Lohnklasse voraussetzt.

Dies um so mehr, da die Landesversicherungsanstalt, wie bereits vom Verfasser des Aufsatzes in der „Ortskrankenkasse" richtig angegeben, je nach Lage des Falles auch bei geringerer Beitragsleistung ein Heilverfahren gewährt, wenn der Versicherte durch besondere Verhältnisse wie Krankheit, ungünstige Erwerbsverhältnisse, große Kinderzahl und dgl., an regelmäßiger Beitragsentrichtung gehindert worden ist oder wenn, wie hier ergänzend bemerkt sei, der Versicherte bei Lücken von etwa 1 Jahr zur Nachholung der Versicherung für jede Kalenderwoche auf 1 Jahr bereit und nach § 1443 R.V.O. in der Lage ist, auch für die Zukunft eine derartig regelmäßige Beitragsentrichtung in angemessener Lohnklasse glaubhaft in Aussicht stellt.

Ausgabestellen für Quittungskarten und Einzugsstellen handeln im Interesse der Versicherten, wenn sie jede Gelegenheit zur Aufklärung der letzteren über diese, vom Krieg gänzlich unabhängige Voraussetzung des Heilverfahrens benutzen.

In gleichem Zusammenhange wendet sich der Verfasser des Aufsatzes auch gegen Einschränkung der Beihilfen zu Kunstgebissen während des Krieges seitens der Landesversicherungsanstalten: Zahnersatzstücke seien gerade in dieser Zeit zur Erhaltung eines guten Verdauungsapparates besonders notwendig. Der Versicherte könne die hohen Kosten, zu denen die Krankenkasse meist nur 20—30 Mk. beitrage, nicht allein aufbringen, für die Versicherungsanstalten aber komme es bei ihren großen Vermögen auf die paar Tausend Mark nicht an.

Die Richtigkeit dieser Annahme dahingestellt, sei hier nur erwähnt, daß die Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen in dem vom Krieg unberührten Jahre 1913 für Zahnersatz rund 123 650 Mark ausgegeben hat. Jedenfalls aber sprechen bei der Frage nach Beschränkung des Zahnersatzes im Kriege noch ganz andere als finanzielle Gesichtspunkte mit.

Nach §§ 1269, 1305 R. V. O. darf die Landesversicherungsanstalt Zahnersatz nur dann gewähren, wenn er wesentliche Bedeutung für den Allgemeinzustand des Antragstellers und damit für Fernhaltung oder Wiederbeseitigung der Invalidität im Sinne von § 1255 R. V. O. hat.

Dabei wird insbesondere an solche Fälle zu denken sein, in denen der Kranke allmählich oder anläßlich umfassender Säuberung des Mundes von kranken Zähnen und Wurzeln durch den Zahnarzt (Techniker) annähernd alle Zähne verloren oder bei der Art seines Berufs keine Gelegenheit zur Einnahme weichgehaltener Speisen hat oder wo das Ersatzstück zur Vorbereitung einer Heilstättenkur oder zur Erhaltung des dortigen Kurerfolges nötig wird. Dagegen können für die nächste Zeit unbedenklich die bisher sehr zahlreichen, nach § 1269 R. V. O. nicht ohne weiteres zu rechtfertigenden Ersatzbeschaffungen unterbleiben, die für den Allgemeinzustand nur eine recht bedingte Bedeutung haben und im wesentlichen des vorteilhafteren Aussehens wegen beantragt werden. Dies gilt ganz besonders von den Kriegsjahren, in denen auch sonst mancher berechtigte Wunsch (z. B. Gebrauch eines bewährten Kurbades außerhalb des deutschen Reichs) zurückgestellt werden muß und in denen die Preise für die Anfertigung von Ersatzstücken steigen oder dabei weniger geeignetes und haltbares Material (Kautschuk usw.) Verwendung findet, deshalb nach verhältnismäßig kürzerer Zeit eine Ausbesserung und Erneuerung des Ersatzstücks nötig und damit der anteilige Kostenbeitrag für den Versicherten, wie für die Landesversicherungsanstalt erhöht wird. Würde der Zahnersatz schon jetzt wieder in dem erheblichen Umfange wie vor dem Kriege gewährt, so hätte dies zur Folge, daß auch in dringlichen Fällen geeignete Ersatzbeschaffung erschwert oder verzögert werden könnte, zumal nach Einberufung oder dem freiwilligen Eintritt in das Heer nur eine beschränkte Zahl von Zahnärzten und Zahntechnikern zur Verfügung steht. Zu beachten bleibt auch, daß die Versicherungsanstalt schon früher bei Bewilligung von Beihilfen ihrerseits zu Zahnersatz eine Beteiligung der Krankenkassen voraussetzte, die gegenwärtig ohne weiteres von diesen infolge § 1 Abs. 1 Reichsgesetzes vom 4. August 1914, betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, nicht erfolgen kann oder wegen anderer dringlicherer Leistungen möglichst eingeschränkt werden möchte.

Auch der Versicherte selbst wird während des Krieges oft in Verlegenheit sein, wie er den von ihm — wenn auch in bescheidener Höhe — zu fordernden Anteil aufbringen soll, zumal der Zahnarzt (Techniker) jetzt zu längerer Stundung nur ausnahmsweise in der Lage sein wird.

Nur nebenher sei endlich darauf hingewiesen, daß die Versicherungsanstalten durch Einziehung von Beamten und Angestellten zum Heere in ihrem Personalbestand jetzt erheblich gemindert sind und geeigneten Ersatz während des Kriegs nur in beschränkter Weise finden konnten, während die zu bearbeitenden Anträge auf Renten und Hinterbliebenenbezüge und die allgemeinen Kriegsfürsorgesachen eher wuchsen als abnahmen. Auch diese Tatsache spricht für die Fernhaltung nicht dringlicher Zahnersatzbeschaffungen während des Krieges.

Nach alledem erscheint es nicht bloß zulässig, sondern auch gerechtfertigt, wenn die Landesversicherungsanstalt während des Kriegs die Beihilfe zu Zahnersatz auf die wirklich dringlichen Fälle beschränkt, in diesen aber durch Beauftragung eines über geeignetes Material und ausreichende Zeit verfügenden Zahnarztes (Technikers) und Gewährung einer den wirtschaftlichen Verhältnissen des Kranken gerecht werdenden Beihilfe für Zustandekommen eines dauernd brauchbaren Ersatzstückes sorgt.

Denn sowohl bei Forderung regelmäßiger

Versicherung für die freiwillige Uebernahme jeden Heilverfahrens als bei Beschränkung des Zahnersatzes während des Krieges auf besonders dringliche Fälle sind im wesentlichen andere als finanzielle Gründe maßgebend. Dies hat die Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen auch dadurch bewiesen, daß sie den Versicherten, die bei Ausbruch des Krieges die Kur abgebrochen hatten, deren Wiederaufnahme ermöglichte und daß sie behandlungsbedürftige Versicherte während der Dauer des Krieges trotz mancher Schwierigkeit in Beschaffung von Personal und Verpflegung und trotz der wachsenden Kosten — und zwar in besonders wohlwollender Prüfung der gesetzlichen Voraussetzungen — ohne Unterbrechung untergebracht hat und dies auch weiterhin tun wird. Die Bemessung der dem Landesausschuß der Vereine vom Roten Kreuz für Kriegsbeschädigte zur Verfügung gestellten Betten in den eigenen Heilstätten Hohwald und Gottleuba war stets so, daß daneben ausreichend Platz für die Heilbehandlung im Sinne von §§ 1269, 1305 R. V. O. verblieben ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Keine Erstattungspflicht der Militärverwaltung gegenüber Krankenkassen.

Bescheid des Kgl. sächs. Kriegsministeriums vom 12. November 1915.

Militärinvaliden können gegen die Militärverwaltung nur die auf dem Mannschaftsversorgungsgesetz 1906 beruhenden Ansprüche geltend machen. § 41 Gesetz 1906. Außerdem kann die militärärztliche Behandlung usw. ehemaliger Mannschaften unter Uebernahme der Kosten auf den Militäretat genehmigt werden, wenn diese Mannschaften infolge der in Feldzügen erlittenen Beschädigungen wieder erkrankt sind und die militärärztliche Behandlung ihrer Dienstbeschädigungsleiden beim zuständigen Bezirksfeldwebel vorher beantragen. Eine Erstattungspflicht der Militärverwaltung gegenüber den Krankenkassen besteht nach dem Mannschaftsversorgungsgesetz 1906 nicht. Auch § 1542 RVO. (§ 1525 des Entwurfs) kommt nach Ansicht des Kriegsministeriums nicht in Frage, da zu den gesetzlichen Entschädigungsansprüchen im Sinne dieses Paragraphen die auf Grund des Mannschaftsversorgungsgesetzes 1906 den Invaliden zu zahlenden Renten nicht gehören. Vgl. die Begründung zum § 1525 des Entwurfs einer Reichsversicherungsordnung, wonach es sich für die im § 1525 genannten Fälle nur um Ansprüche aus dem bürgerlichen Rechte handelt. (Verhandlungen des Reichstags, 12. Legislaturperiode, 2. Session, Band 274, S. 470.)

Anmerkung: Zu vgl. die Entscheidungen in Arb.-Vers. 1915, S. 365, 563 und v. Olshausen in „Ortskrankenkasse" 1916, Sp. 161 ff.

Ist ein Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens gemäß § 1728 Abs. 1. RVO. verworfen, so ist auf Grund derselben Unterlagen eine Wiederaufnahme von Amts wegen nach § 1729 RVO. nicht zulässig.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. Oktober 1915 (Ia 2963/14).

Da der § 1729 RVO. vorschreibt, daß die Wiederaufnahme des Verfahrens auch von Amts wegen eingeleitet werden kann, so hatte das Reichsversicherungsamt sich auch darüber schlüssig zu machen, ob es etwa im vorliegenden Falle zulässig und angezeigt ist, von dieser Vorschrift aus dem Gesichtspunkte des § 1723 Nr. 3 RVO. Gebrauch zu machen. Das Reichsversicherungsamt hat indessen angenommen, daß eine Wiederaufnahme von Amts wegen auf Grund derselben Unterlagen nicht zulässig ist, wenn ein Antrag der Partei als verspätet zurückgewiesen ist. Die Wiederaufnahme von Amts wegen, die dem bürgerlichen Rechtsstreit fremd ist, ist von der Reichsversicherungsordnung zwar eingeführt worden, um bei ihren im öffentlichen Rechte wurzelnden Ansprüchen der materiellen Wahrheit möglichst zum Siege zu verhelfen. Durch den Wortlaut und die Stellung des § 1729 RVO. ist aber zum Ausdrucke gebracht, daß die Wiederaufnahme von Amts wegen nur eine Ergänzung zu dem bisherigen alleinigen Rechte der Partei, die Wiederaufnahme zu beantragen, sein sollte. Daraus folgt, daß die Wiederaufnahme von Amts wegen dann nicht stattfinden kann, wenn schon die Partei die Wiederaufnahme durch ihren Antrag eingeleitet hat. Die Annahme, daß die Wiederaufnahme nicht

nur dann zulässig sei, wenn die Partei selbst keinen Antrag gestellt hat, sondern auch dann, wenn der von ihr gestellte Antrag aus formellen Gründen abgelehnt und damit erledigt ist, läßt sich jedenfalls für den Fall nicht rechtfertigen, daß der Antrag wegen Versäumung der Frist des § 1728 Abs. 1 RVO. verworfen ist. Denn aus der Stellung des § 1729 zwischen dem vorhergehenden und dem nachfolgenden Paragraphen geht hervor, daß die Frist des § 1728 Abs. 1 auch für die Wiederaufnahme von Amts wegen gelten soll, da sonst die Vorschriften über die Fristen für den Parteiantrag im § 1728 erschöpfend hätten behandelt werden müssen, während sie in Wahrheit im § 1730 noch ergänzt werden (vgl. auch Schulz, die Unfallversicherung, Erläuterung zu § 1729). Eine Wiederaufnahme von Amts wegen kam daher im vorliegenden Fall nicht in Betracht.

(Breithaupt.)

B. Zur Krankenversicherung.

Portofreiheit in Angelegenheiten der Wochenhilfe während des Krieges.

Bekanntmachung des Reichspostamts vom 18. Dezember 1915.

Postsendungen von oder an Reichs-, Staats- und Gemeindebehörden, die in Ausführung der Bekanntmachungen, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914, 28. Januar 1915 und 23. April 1915 notwendig werden, sind fortan als portofreie Sendungen in Militär- und Marineangelegenheiten zuzulassen. Die Postsendungen der Krankenkassen im Verkehr mit anderen Stellen als den bezeichneten Behörden sind in jedem Falle portopflichtig, weil die Krankenkassen keine Staats- oder Gemeindebehörden sind."

Beschwerderecht des Kassenvorstandes gegen die Entscheidung über Amtsenthebung nach § 24 RVO?

Entsch. des bayr. Landesversicherungsamts vom 2. August 1915.

Das Oberversicherungsamt hat den Beschluß des Versicherungsamts, durch welchen ein gewähltes Mitglied des Kassenvorstandes dieses Amtes enthoben worden war, auf Beschwerde des Enthobenen aufgehoben. Die hiergegen vom Kassenvorstande erhobene weitere Beschwerde wurde als unzulässig verworfen aus folgenden Gründen:

§ 24 RVO. verleiht der Krankenkasse oder ihrem Vorstand als solchem keine Parteistellung. Der Wortlaut dieser Bestimmung stellt der Aufsichtsbehörde nur den Inhaber des Amts gegenüber. Auch aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen kann nicht gefolgert werden, daß der Krankenkasse oder ihrem Vorstande als solchem eine Parteistellung in allen Fällen der Amtsenthebung zukäme; insbesondere ist es nicht immer notwendig, daß die Kasse dem Inhaber des Amts gegenüber im entgegengesetzten Interesse an der Sache beteiligt sei. Die Beteiligung eines Dritten an einem Rechtsstreit setzt voraus, daß dieser Dritte Nutzen oder Schaden von der Sache zu erwarten habe, daß der Rechtsstreit Einfluß auf ein Recht des Dritten oder dessen Ausübung äußere.

Der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse hat im vorliegenden Falle das Bestehen eines rechtlichen Interesses in keiner Weise dargetan. Das Interesse an der Entscheidung einer Rechtsfrage stellt für sich allein noch kein rechtliches Interesse dar; das gilt auch dann, wenn es sich um eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung handelt. Die Kasse und ihr Vorstand haben im Gegenteil ein Interesse daran, daß die Stetigkeit der Verwaltung möglichst wenig gestört und deshalb die Zusammensetzung des Vorstandes nicht unnötiger Weise geändert wird. Diesem Interesse hat die Entscheidung des Oberversicherungsamts vollkommen Rechnung getragen. Wie aus der Beschwerdeschrift hervorgeht, hält sich der Vorstand für berufen, darüber zu wachen, daß seine Mitglieder während der ganzen Amtszeit die gesetzlichen Eigenschaften besitzen; diese Aufgabe des Vorstandes ist sicherlich mit der Anregung eines Verfahrens nach § 24 RVO. erschöpft. Lehnt die Aufsichtsbehörde oder die vorgesetzte Instanz die Enthebung ab, so ist damit die Frage in einer nach außen unanfechtbaren Weise geordnet. Der Vorstand glaubt ferner ein Interesse daran zu haben, daß aus seiner Mitte Personen ausgeschlossen werden, welche die Mitgliedschaft verloren haben und deshalb weder Rechte noch Pflichten gegenüber der Kasse besitzen; ein solches Interesse des Vorstandes wird durch die Entscheidung des Oberversicherungsamts in keiner Weise verletzt. Die Entscheidung ist vielmehr damit begründet, daß der Inhaber des Amts schon längst wieder Mitglied geworden war. Die Beschwerde des Vorstandes ist deshalb zurückzuweisen.

Beschäftigung von Arbeitern einer deutschen Firma im besetzten Feindesland.

Entsch. des **Versicherungsamts Stadt Leipzig** vom 28. Januar 1916.

Ein Arbeiter einer Leipziger Firma wurde von dieser bei Bauarbeiten in Brest-Litowsk beschäftigt, erkrankte in dieser Zeit und erhob Ansprüche gegen die Allgemeine Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig. Er wurde vom Versicherungsamt (durch Vorentscheidung des Vorsitzenden) abgewiesen aus folgenden Gründen:

Aus § 234 RVO., wonach Versicherungspflichtige, die weder in eine knappschaftliche Krankenkasse noch in eine besondere Orts- oder Betriebs- oder eine Innungskrankenkasse gehören, Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse ihres Beschäftigungsortes sind, folgt, daß für die tatsächlich im Auslande beschäftigten Personen eine solche Kasse nur dann zuständig sein kann, wenn ein Ort in ihrem Bezirke als Beschäftigungsort im Sinne der §§ 153 ff. RVO. anzusehen ist. Dies kann aber nur dann der Fall sein, wenn im Auslande eine feste Arbeitsstätte im Sinne des § 153 Abs. 2 RVO., d. h. eine für verhältnismäßig lange Zeit errichtete Arbeitsstätte nicht begründet ist, sondern es sich im Auslande nur um einzelne Arbeiten von geringer Dauer handelt. Denn grundsätzlich fällt nach § 153 Abs. 1 der gesetzliche Beschäftigungsort mit dem tatsächlichen zusammen, und nur in den Ausnahmefällen der §§ 153 Abs. 2 bzw. 154 kann der im Inland befindliche Betriebssitz des Arbeitgebers als Beschäftigungsort des im Auslande tätigen Arbeiters in Frage kommen. §§ 153 Abs. 3, 4, 155, 156 scheiden bei Beurteilung der Versicherungspflicht im Auslande beschäftigter Arbeiter um deswillen aus, weil sie schon ihrem Wortlaut nach voraussetzen, daß die Arbeiten tatsächlich im Inlande, nämlich im Bezirke von Orts- oder Landkrankenkassen, eines Versicherungsamtes oder von inländischen Gemeinden ausgeführt werden. Daß das im Kriege besetzte Feindesland als Ausland und nicht als Inland zu gelten hat, war zwar bisher bestritten, hat aber auch insbesondere durch das Reichsversicherungsamt bereits Anerkennung gefunden. (Zu vgl. Arb.-Vers. 1915 Band 30 S. 700 und Band 34 S. 816, 1916 Heft 3 S. 53.) Im vorliegenden Falle erwies sich nun nach vorstehender Ausführung der erhobene Anspruch als unbegründet.

Durch Parteieinverständnis und durch die in einer anderen Sache eingeholte Auskunft steht nun fest, daß es sich bei den Arbeiten in dem als Ausland geltenden Brest Litowsk um Bauarbeiten gehandelt hat, die längere Zeit, und zwar monatelang in Anspruch nehmen und zu denen sich alle auf Ansuchen der Militärbehörde von der Firma dorthin gesandten Arbeiter, somit auch B., auf mindestens ¼ Jahr verpflichten mußten. Wie sich aber insbesondere auch bei Hahn im Handb. der Kr.Vers. zu § 153 Vorbem. 2 in Verbindung mit Anm. 2 ausgeführt findet, kann nur für geringfügige, vorübergehende und gelegentliche Arbeiten im Auslande ein inländischer Beschäftigungsort begründet werden, während es sich bei einer Monate hindurch währenden Bauarbeit nicht um einzelne Arbeiten von geringer Dauer im Sinne von § 153 Abs. 2 RVO., sondern um Arbeiten handelt, die zwar in einem wirtschaftlichen Zusammenhange mit dem inländischen Betriebe stehen, aber doch von ihm örtlich losgelöst erscheinen, eine größere Unternehmung von längerer Dauer darstellen und nur am Orte der Tätigkeit für die dorthin entsandten Arbeiter eine feste Arbeitsstätte begründen.

Daß die von den Arbeitern der Firma D. & K. in Brest Litowsk vorgenommenen Arbeiten derart umfangreiche Arbeiten sind, daß sie für die zu deren Erledigung entsandten Arbeiter weder als unselbständige Ausstrahlungen des inländischen Betriebs im Auslande in Frage kommen, noch einen inländischen Beschäftigungsort nach §§ 153 ff. RVO. zu begründen vermögen, bedarf keiner Ausführung, denn diese Arbeiten dauerten voraussichtlich Monate lang und waren ihrer Natur nach derart umfangreich, daß sie auch örtliche Veranstaltungen und Anlagen ohne Zweifel voraussetzen mußten.

Da nun die Reichsversicherungsordnung für das Gebiet der Krankenversicherung keinerlei Vorschrift darüber enthält, ob und in welchem Umfange im Auslande längere Zeit beschäftigte Deutsche versicherungspflichtig sein sollen, so war nach dem Gesagten eine Versicherungsmöglichkeit für die von der Firma D. & K. in Brest Litowsk bei dem dortigen monatelang andauernden Bahnhofsbauten beschäftigten Arbeitern nicht gegeben. **Wollten diese auch während ihrer Beschäftigung im Auslande bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig versichert bleiben, so hätten sie sich freiwillig bei ihr weiter versichern müssen, was jedoch nicht geschehen ist.**

Hausgeld nach § 186 RVO; Auslegung des Wortes „bisher“.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Leipzig** vom 4. Februar 1916 (II 38/15).

Es steht fest, daß H. am 17. Februar 1915 erkrankt ist, nachdem er am 23. Januar 1915 arbeitslos geworden war, und zwar erfolgte dies dadurch, daß seine Beschäftigung als Maurer bei dem Baumeister K. in Leipzig-Stötteritz am genannten Tage aufhörte. Er hat daraufhin frei-

willig die Mitgliedschaft bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig fortgesetzt. Die letztgenannte Kasse lehnt nun die Gewährung des Hausgeldes im Sinne von § 186 RVO. an die Angehörigen des H. ab, weil H. nicht bis zum Eintritt seiner Erkrankung seine Angehörigen ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienste erhalten habe. Streitig ist nun die Auslegung des Wortes „bisher" in der erwähnten Gesetzesbestimmung, und nach der Begründung bedeutet der Ausdruck „bisher" den kurz vor dem Eintritte der fraglichen Krankheit liegenden Zeitraum. Nach der Auffassung der erkennenden Spruchkammer darf diese Bestimmung in keinem Falle zu eng ausgelegt werden, denn offenbar hat der Gesetzgeber mit dieser Bestimmung zunächst im Auge gehabt, der Familie eines im Krankenhaus Untergebrachten, wenn irgend möglich, eine Kassenleistung zu gewähren, ehe sie der Armenversorgung anheimfallen muß. Deshalb war zu prüfen, woher und aus welchen Mitteln die tatsächliche Unterhaltung der Angehörigen des H. in der Zeit erfolgt ist, während deren er vor dem Eintritt seiner Erkrankung beschäftigungslos gewesen ist, denn daß eine Unterstützung etwa aus Armenmitteln tatsächlich nicht erfolgt ist, steht fest. H. hatte zuletzt bei dem Baumeister R. als Maurer in Arbeit gestanden, und es ist gerichtskundig, daß in der Regel die Maurer einen besonders hohen Arbeitsverdienst mit Rücksicht darauf erhalten, daß sie durch außerhalb ihres Willens liegende Verhältnisse gezwungen arbeitslos werden können. Ein sorgsamer Familienvater wird daher nach Möglichkeit sich für diese möglichen Fälle decken und sich einen Sparpfennig anlegen. So kann man dies auch zunächst einmal im Falle H. voraussetzen. Bei dem Aufhören seiner Beschäftigung am 23. Januar 1915 hat er aber zweifellos noch seinen Lohn für die letzte Arbeitsperiode ausgezahlt erhalten. Bei der verhältnismäßig kurzen Zeit seiner Beschäftigungslosigkeit bis zum Eintritte seiner Erkrankung, nämlich vom 23. Januar bis 17. Februar 1915, das sind also $3\frac{1}{2}$ Wochen, muß nun angenommen werden, daß er bei Anwendung äußerster Sparsamkeit in der Lage gewesen ist, aus seinem letzten Arbeitslohne den Unterhalt von sich und seiner Familie zu bestreiten und daß er, wenn wirklich diese letzte Einnahme dazu nicht gelangt hätte, er seine Ersparnisse aushilfsweise dazu verwendet hat, die zweifellos auch „aus dem Arbeitsverdienste" herrührten. Die erkennende Spruchkammer nimmt also für den vorliegenden Fall an, daß H. in der Lage gewesen ist, bis zum Tage seiner Erkrankung aus den Mitteln seines Arbeitsverdienstes den Lebensunterhalt seiner Angehörigen zu bestreiten und erachtet für diesen vorliegenden Fall den Zeitraum von $3\frac{1}{2}$ Wochen für nicht zu lang, als daß dies geschehen konnte. Die Voraussetzung für die Gewährung von Hausgeld im Sinne von § 186 RVO. ist also danach gegeben.

Kriegswochenhilfe der Lieferungsverbände.

Erlaß des bayr. Staatsministeriums des Innern vom 7. Dezember 1915 (St.-Anz. Nr. 290).

„1. Wie Beschwerden zu entnehmen ist, halten manche Lieferungsverbände mit der Gewährung der einmaligen Unterstützung nach Abschnitt II der Bundesratsbekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257; Kriegsbeil. zum MABl. S. 407) zurück. Zum Teil berufen sie sich darauf, § 16 spreche nur davon, daß die Kommission des Lieferungsverbands eine solche Unterstützung zubilligen kann, zum Teil machen sie die Gewährung unter Hinweis auf die Bestimmung in § 18 Abs. 2 davon abhängig, daß die Wöchnerin die Kosten für die Hilfe des Arztes oder der Hebamme, für Arzneien und Stärkungsmittel oder für die Ernährung des Säuglings noch schuldet.

Es ist richtig, daß ein im Rechtsweg verfolgbarer Anspruch auf die einmalige Unterstützung nicht besteht. Dies entbindet indes die Lieferungsverbände keineswegs von der sozialen Pflicht, sie bei gegebener Voraussetzung zu gewähren. Und die Voraussetzung für die Zubilligung der Unterstützung ist nach § 18 Abs. 1 lediglich die, daß sich die Wöchnerin infolge der für das Wochenbett oder die Ernährung und Pflege des Säuglings erforderlich gewordenen — und, wie hinzugefügt werden darf, fortdauernd notwendig werdenden — und ihr nicht schon anderweit aus Gemeinde- oder sonstigen öffentlichen Mitteln ersetzten Aufwendungen in bedrängter Lage befindet. Dagegen ist der Rückstand mit derartigen Kosten in Absatz 2 nur als der Hauptfall für die Gewährung der Unterstützung erwähnt.

Die Lieferungsverbände können um so mehr mit dem gebotenen Wohlwollen verfahren, als ihnen, wie im Einverständnis mit dem Reichsamt des Innern ausdrücklich festgestellt sei, auch diese Aufwendungen, und zwar vierteljährlich, vom Reich ersetzt werden.

2. Gleichzeitig wird im Einverständnis mit dem Reichsamt des Innern bemerkt, daß die Gewährung der Wochenhilfe nach der Bundesratsbekanntmachung vom 23. April 1915, auch die der einmaligen Unterstützung, demjenigen Lieferungsverband obliegt, in dessen Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin zur Zeit der Antragsstellung liegt."

Unzulässigkeit der Revision bei Ersatzansprüchen aus § 224 RVO. wegen „vorübergehender" Leistungen.

Entscheidung des sächs. Landesversicherungsamts vom 12. Februar 1916.

Das Landesversicherungsamt hatte zunächst zu prüfen, ob die Revision zulässig sei oder nicht. Es besteht Streit zwischen zwei Kassen über Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen. Darüber hat nach § 224 RVO. das Versicherungsamt im Spruchverfahren zu entscheiden. Es handelt sich also um eine anders geartete Streitigkeit, als eine solche, die im gewöhnlichen Feststellungsverfahren des 6. Buches der Reichsversicherungsordnung nach §§ 1636 ff. durchzuführen ist. Für Streitigkeiten, die nicht im Feststellungsverfahren, aber nach ausdrücklicher Vorschrift der Reichsversicherungsordnung im Spruchverfahren zu erledigen sind, gelten aber nach § 1771 RVO. die §§ 1636 ff. entsprechend, soweit die §§ 1772 bis 1779 nichts anderes vorschreiben. In § 1778 ist nun als Besonderheit bestimmt, daß die Revision bei Ersatzansprüchen ausgeschlossen ist, wenn es sich um vorübergehende Leistungen handelt, aber zulässig ist für Ersatzansprüche, die im 5. Buche der Reichsversicherungsordnung geordnet sind. Zu den Ersatzansprüchen dieser letzteren Art, die auf den Beziehungen der verschiedenen Träger der einzelnen Versicherungszweige zu einander und zu anderen Verpflichteten beruhen (§§ 1501 bis 1544), gehört der Streitfall nicht; er betrifft vielmehr einen Ersatzanspruch, der zwischen zwei Trägern ein und desselben Versicherungszweiges, zwischen zwei Krankenkassen, entstanden und auf die zum zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung gehörenden Vorschrift des § 224 Ziff. 2 gestützt ist. Es ist daher weiter zu untersuchen, ob es sich um Ersatzansprüche der ersteren Art, also um „vorübergehende Leistungen" handelt. Was unter solchen Leistungen zu verstehen ist, sagt das Gesetz nicht; aber die Begründung S. 505 zu § 1655 des Entwurfs führt aus, daß „bei Auslegung dieser Vorschrift die Praxis sich an die bisherige Uebung der Verwaltungsgerichte zu § 25 Abs. 4 und 5 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes wird halten können." Danach sind solche Leistungen gemeint, deren Anlaß ihre zeitliche Begrenzung und ihren Wegfall in absehbarer Zeit voraussehen läßt (vergl. Hoffmann, Hand.-Komm. zur RVO. und Kommentar zur Kr.Vers. in Anm. 2 zu § 1778; Manes-Mentzel-Schulz, Komm. zur RVO., Anm. zu § 1778; Entsch. des preuß. OVG. vom 30. Januar 1914, Bd. 45, S. 369 sowie in Arb.-Vers. 1904, S. 367; Böttger in Arb.-Vers. 1904, S. 17, vgl. auch Entsch. des RVA. in „Entsch. und Mittlg. d. RVA.", Bd. 4, S. 189), und deshalb sind die Leistungen der Krankenversicherung stets hierzu zu zählen, weil sie sich nur auf einen Zeitraum beziehen, dessen Höchstmaß von vornherein durch Gesetz oder Satzung bestimmt ist (Köhler, Komm. zur RVO., Anm. 3 zu 1778; außer der gen. Entscheidung des preuß. OVG. vom 30. Jan. 1904 auch die Entscheidung vom 25. Febr. 1904 in Preuß. Verw.Bl. 25, S. 544, Arb.-Vers. 1904, S. 270 sowie die weiteren bei Petersen, Kommentar zur Krankenversicherung, 7. Aufl. Anm. 3 zu § 1778 aufgeführten Entscheidungen). Der gegenteiligen Meinung des Sächsischen Oberverwaltungsgerichts in der Entscheidung vom 1. Juli 1907 (Jahrb. XI, S. 40 und Arb.-Vers. 1908, S. 172), die es in ihrer Begründung „schon nach dem Sprachgebrauche" für bedenklich hält, eine 26 Wochen oder noch länger andauernde Krankenunterstützung unter allen Umständen als bloß vorübergehende Unterstützung anzusprechen, weil „ein bestimmter, naher Zeitpunkt für das Aufhören der Hilfsbedürftigkeit nicht sich voraussehen lasse", kann nicht beigepflichtet werden. Ebenso werden die Ausführungen Hahns in Arbeiter-Versorgung 1902, S. 48 fg. für den Begriff der vorübergehenden Leistungen im Sinne des § 1778 der Reichsversicherungsordnung schon deshalb nicht für verwertbar gehalten, weil sie sich auf das frühere Recht des alten Gewerbeunfall-Versicherungsgesetzes beziehen und aus dem Wortlaute des § 25 des Gewerbeunfall-Versicherungsgesetzes in Verbindung mit dem besonderen Wortlaute des § 26 des Gewerbeunfall-Versicherungsgesetzes folgern, daß es „um eine vorübergehende Unterstützung sich handelt, wenn die gesamte Fürsorge, auf Grund deren die Unterstützung gewährt wurde, im Zeitpunkte der Anmeldung bereits beendet (vorübergegangen) ist und eine fortlaufende Unterstützung vorliegt, wenn jene Fürsorge zur Zeit der Anmeldung noch fortdauert (läuft)".

Das Landesversicherungsamt ist vielmehr in Uebereinstimmung mit den anderen Entscheidungen und der danach vorherrschenden Auffassung zu der Ansicht gekommen, daß Leistungen der Krankenversicherung stets als vorübergehende im Sinne des § 1778 RVO. anzusehen sind und deshalb im vorliegenden Streitfalle die Revision ausgeschlossen ist. Der Umstand, daß der Vorsitzende der Spruchkammer am Schlusse des Urteils keinen Vermerk gemacht hat, daß ein Rechtsmittel nicht zulässig sei (§§ 1692, 1771 RVO.), vermag hieran nichts zu ändern.

Wenn die Revisionsklägerin in ihrem Schriftsatze noch anführt, daß die Ortskrankenkasse L.-L. gar nicht Partei sei und ihr die Vorinstanzen einen Ersatzanspruch ohne besonderes Feststellungsverfahren nicht zusprechen konnten, so läßt sich diese Behauptung nach dem vorliegenden Tat-

bestande und den diesbezüglichen dem Akteninhalte entsprechenden Ausführungen der Revisionsbeklagten jedenfalls nicht rechtfertigen. Auch kann nicht etwa hieraus ausnahmsweise die Zulässigkeit der Revision deshalb abgeleitet werden, weil als Gegenstand der Revisionsbeschwerde insoweit nicht die Bestreitung der Berechtigung des Ersatzanspruches, sondern die Behauptung zu erblicken sei, daß ein Ersatzanspruch überhaupt gar nicht zur Entscheidung gestanden habe. Denn wenn auch vom Reichsversicherungsamt in einer Sache, in der die Revision ausgeschlossen war, das Rechtsmittel für zulässig erklärt worden ist, weil das Oberversicherungsamt eine Entscheidung getroffen hatte, die überhaupt nicht den Gegenstand eines Urteiles des Oberversicherungsamtes bilden konnte (Grundſ. Entſch. in AH. 15 S. 764 Ziff. 2112), und in einem anderen Falle, in dem es sich um die Frage der Rechtzeitigkeit der Berufung handelte, die Revision ebenfalls für zulässig erachtet worden ist, obwohl in der Sache selbst der Streitgegenstand nicht revisionsfähig war (Grundſ. Entſch. in AH. 13, S. 559, Ziff. 1729) — eine Entscheidung, die übrigens, soviel hier bekannt, in einem gleichliegenden Streitfalle nochmals dem Großen Senate zur Prüfung vorgelegt worden ist —, so lagen doch die Voraussetzungen für die ausnahmsweise Zulässigkeitserklärung der Revision in diesen genannten beiden Fällen wesentlich anders als hier. Beim ersteren Falle handelte es sich um den Anspruch einer Krankenkasse gegen einen Versicherten auf Rückzahlung einer zu Unrecht gezahlten Unterstützung, die mangels einer besonderen Regelung in der Reichsversicherungsordnung nach Auffassung des Reichsversicherungsamtes nur durch Klage im ordentlichen Rechtswege geltend gemacht werden konnte, und beim zweiten Falle handelte es sich um die vom sachlichen Anspruche wesensverschiedene Verspätung des Rechtsbehelfes als Streitgegenstand. Im vorliegenden Falle handelt es sich aber, entgegen der hervorgehobenen Behauptung der Revisionsklägerin, auch in der Revision allein um die Frage, ob über einen Ersatzanspruch, der nach §§ 224, 1771 fg. RVO. im Spruchverfahren zu entscheiden ist, zu Recht oder Unrecht entschieden worden ist.

Nach alledem war so wie geschehen die Revision als unzulässig zu verwerfen.

Das Recht ausscheidender Ersatzkassenmitglieder auf Weiterversicherung bei der zuständigen Pflichtkasse.

a) Entscheidungen des **Versicherungsamts in Hamburg vom 11. November 1915** (J.-Nr. 2065/15 K.) — b) **des Oberversicherungsamts Hamburg vom 21. Februar 1916** (K. 4/1916, G. B. Nr. 29/16 K.)

a)

Der Einkassierer W. in Hamburg war bis zu seiner Einberufung zum Heeresdienst am 23. Juli 1915 versicherungspflichtig beschäftigt und gehörte auf Grund dieser Beschäftigung der Ortskrankenkasse für Bureauangestellte an, seine Rechte und Pflichten als Mitglied dieser Kasse ruhten jedoch auf Grund seiner Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse, der Krankenkasse „Frisch auf", bis zu seiner Einberufung, mit der er aus der Ersatzkasse ausschied. Am selben Tage beantragte der Antragsteller seine Weiterversicherung bei der Ortskrankenkasse. Diese Kasse lehnte jedoch seine Weiterversicherung ab. Da der Antragsteller diese Weigerung für unberechtigt hielt, so beantragte er, die Kasse anzuhalten, daß sie seine Weiterversicherung anerkenne. Er stützte sich darauf, daß er Mitglied der Ortskrankenkasse gewesen sei und somit beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung das Recht der Weiterversicherung wie die übrigen Mitglieder der Kasse haben müsse. — Die Ortskrankenkasse bat um Abweisung des Antrages. Die Mitglieder einer Ersatzkasse, deren Rechte und Pflichten bei ihrer Pflichtkasse ruhten, seien eben im eigentlichen Sinne nicht Mitglieder der Pflichtkasse, sondern nur Mitglieder der Ersatzkasse. Es wäre auch ohne Bedeutung, daß der vom Arbeitgeber abzuführende Beitragsteil der Pflichtkrankenkasse zufließe, denn es handele sich nicht um einen eigentlichen Versicherungsbeitrag, zumal, da fast der gesamte Anteil des Arbeitnehmers an die Ersatzkasse abgeführt werden müsse. Es sei endlich für die Pflichtkrankenkasse ganz unzuträglich, wenn diese durch Zulassung der Weiterversicherung der Ersatzkassenmitglieder mit dem Kriegsrisiko belastet würden, während die Ersatzkassen beim Eintritt in den Kriegsdienst die Versicherung ohne weiteres aufheben und somit das Kriegsrisiko auf die Pflichtkrankenkassen abwälzen würden. Das Versicherungsamt Hamburg hielt jedoch die Ortskrankenkasse für verpflichtet, die freiwillige Mitgliedschaft anzuerkennen.

Gründe: Wenn auch zugegeben werden muß, daß die Folgen für die Pflichtkrankenkassen unzuträglich sind, und die Ersatzkassen in der Lage sind, das Kriegsrisiko sozusagen auf die Pflichtkrankenkassen abzuwälzen, so mußte dennoch der Antrag für begründet gehalten werden. Das Rechtsverhältnis der Mitglieder von Ersatzkassen, deren Rechte und Pflichten als Mitglieder der Pflichtkrankenkasse ruhen, ist von dem Gesetzgeber so gestaltet worden, daß diese Versicherten auch Mitglieder der Pflichtkrankenkasse sind und bleiben, daß ihre Rechte und Pflichten für die Dauer der Zugehörigkeit zur Ersatzkasse und solange sie den Antrag auf Ruhen nicht zurücknehmen, eben nur ruhen, das heißt, daß sie selbst Beiträge während dieser Zeit nicht zu leisten haben und keine Ansprüche gegen die Pflichtkrankenkasse geltend machen können. Aus dieser rechtlichen Konstruktion als eines bloßen Ruhens der Rechte und Pflichten folgt aber, daß ihre Rechte in dem Augenblick

wieder aufleben, in dem sie aufhören, Mitglieder der Ersatzkasse zu sein oder den Antrag auf Ruhen zurücknehmen. Das Mitgliedsverhältnis äußert aber auch rechtliche Wirkungen während der Dauer des Ruhens dahin, daß die Arbeitgeber zur Meldung des Beschäftigten verpflichtet sind, daß sie ihre Beitragsteile an die Pflichtkrankenkasse zu leisten haben, daß sie ihrerseits an der Verwaltung der Kasse sich beteiligen können und wahlberechtigt sind. Die versicherungspflichtigen Mitglieder der Ersatzkassen scheiden daher aus der Pflichtkrankenkasse erst dann aus, wenn sie ihre versicherungspflichtige Beschäftigung und damit die Zugehörigkeit zur Pflichtkrankenkasse verlieren. Nun ist allerdings zuzugeben, daß in § 313 RVO. nicht nur die Mitgliedschaft bei einer Pflichtkrankenkasse, sondern auch ein „Versichertsein auf Grund der Reichsversicherung" vorausgesetzt wird. Versichert auf Grund der Reichsversicherung sind aber auch die versicherungspflichtigen Mitglieder der Ersatzkassen, deren Rechte und Pflichten bei der Pflichtkrankenkasse ruhen, wie in der Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 3. Juli 1915, Arb.-Vers. 1915 S. 850, Ortskrankenkasse 2 S. 802) des näheren ausgeführt ist. Daher müssen die während des Ruhens der Rechte und Pflichten zurückgelegten Zeiten, während welcher diese Mitglieder zugleich der Ersatzkasse angehört haben, auch als Zeiten der Mitgliedschaft bei Berechnung der für den Anspruch auf Leistungen und für die Berechtigung zur Weiterversicherung bestimmten Wartezeiten angerechnet werden. In dem Augenblick, in welchem das Mitglied aus der Ersatzkasse ausscheidet oder den Antrag auf Ruhen der Rechte bei der Pflichtkasse zurücknimmt, tritt es in den vollen Genuß seiner Rechte als Pflichtmitglied der Pflichtkrankenkasse ein, wobei die bei der Ersatzkasse zurückgelegten Zeiten als Zeiten des Versichertseins auf Grund der Reichsversicherung angerechnet werden müssen. Demgemäß müssen auch die aus der Ersatzkasse ausscheidenden Pflichtmitglieder das Recht der Weiterversicherung nach § 313 RVO. haben, wenn sie vor dem Ausscheiden aus ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung unmittelbar vorher 6 Wochen oder im letzten Jahre insgesamt 26 Wochen auf Grund ihrer Versicherungspflicht Mitglied der Ersatzkasse gewesen sind. Die Pflichtkrankenkasse kann somit, so unerwünscht und unzuträglich diese Folge für sie sein mag, die Weiterversicherung der früheren Pflichtmitglieder, die bei einer Ersatzkasse versichert waren, nicht ablehnen, wenn nur der Antrag rechtzeitig nach § 313, Abs. 2 innerhalb 3 Wochen nach dem Ausscheiden aus der Beschäftigung geltend gemacht worden ist. Dies ist hier der Fall.

b)

Gegen diese Entscheidung erhob die Kasse Beschwerde. Das Oberversicherungsamt wies jedoch die Beschwerde zurück aus Gründen, die in allem wesentlichen mit denen der angefochtenen Entscheidung übereinstimmen.

C. Zur Unfallversicherung.

Nebenbetriebe eines Handelsgeschäfts gehören zur Detailhandelsberufsgenossenschaft.

Entsch. des Oberversicherungsamtes Merseburg vom 15. August 1914.

Die Betriebe einer Anzahl Konsumvereine waren teilweise der Nahrungsmittel-Industrie-Berufsgenossenschaft und teilweise der Detailhandels-Berufsgenossenschaft überwiesen. Der Konsumverein H., der einen Lagerbetrieb, elf Verkaufsstellen, eine Bäckerei und eine Schrotmühle besitzt, beantragte, den Gesamtbetrieb der Detailhandels-Berufsgenossenschaft zu überweisen, da Bäckerei und Schrotmühle nicht selbständige, sondern nur Nebenbetriebe seien. Ursprünglich widersprachen beide Berufsgenossenschaften dem Ueberweisungsantrage, später hat dann die Nahrungsmittel-Industrie-Berufsgenossenschaft die Bäckerei und die Schrotmühle in ihrem Kataster gelöscht und der Detailhandels-Berufsgenossenschaft überwiesen. Die letztere war damit nicht einverstanden, sondern beantragte Entscheidung des zuständigen Oberversicherungsamtes. Dieses entschied dahin, daß der Gesamtbetrieb der Detailhandels-Berufsgenossenschaft angehöre. Aus den Gründen:

In beiden Fabrikationsbetrieben werden zusammen nur neun Personen beschäftigt, während der Lager- und Detailbetrieb 35 Personen umfaßt. Der Gesamtumsatz des Konsumvereins betrug im Jahre 1911/1912 1 251 951,78 M., wovon auf die beiden Fabrikationsbetriebe nur 244 396,02 M., d. i. noch nicht ein Fünftel, entfallen. Bäckerei und Schrotmühle sind also nur von untergeordneter Bedeutung. Nach der ganzen Sachlage bildet der Detailhandelsbetrieb den wirtschaftlichen Schwerpunkt des Gesamtunternehmens, und die beiden Fabrikationsbetriebe sind nur als den wirtschaftlichen Zwecken des Detailhandelbetriebes dienende Nebenbetriebe anzusehen. Die letzten sind daher bei derjenigen Berufsgenossenschaft zu versichern, bei welcher der Hauptbetrieb versichert ist, nämlich bei der Detailhandels-Berufsgenossenschaft.

Der Umstand allein, daß die Fabrikationsbetriebe räumlich vom Detailhandelsbetriebe getrennt sind und in Gebäuden für sich untergebracht sind, kann bei ihrem geringen Umsatz und der dementsprechend geringeren wirtschaftlichen Bedeutung nicht die Belassung bei der Nahrungsmittel-Industrie-Berufsgenossenschaft rechtfertigen.

Mit dieser Entscheidung war aber die Detailhandels-Berufsgenossenschaft nicht einverstanden, lehnte die Ueberweisung ab und erhob weitere Beschwerde beim Reichsversicherungsamt. Dieses legte aber unterm 27. Dezember 1915 (Gesch. Nr. I 10 202) der Detailhandels-Berufsgenossenschaft nahe, die Beschwerde wieder zurückzuziehen. Dies tat die Genossenschaft auch, die nunmehr auch die Bäckerei und die Schrotmühle in ihr Betriebsverzeichnis aufnahm.

Anmerkung des Einsenders (F. Kl.): Die berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit von Detailshandelsgeschäften und deren Nebenbetrieben war seither sehr umstritten. Die vorstehend erörterte Frage war seither noch nicht geregelt. Das Reichsversicherungsamt hat zwar am 2. April 1914 Leitsätze über die Zugehörigkeit der Betriebe zur Detailhandels-Berufsgenossenschaft herausgegeben, dabei aber diese Frage nicht berührt. Jene Leitsätze besagen in der Hauptsache: Detailhandelsgeschäfte (Verkaufsstellen, Ladengeschäfte usw.) zum Zwecke des Absatzes der Erzeugnisse versicherungspflichtiger Herstellungsbetriebe folgen, wenn sie Teile oder Nebenbetriebe der Herstellungsbetriebe sind, deren Versicherungspflicht und berufsgenossenschaftlichen Zugehörigkeit. Sind solche Betriebe selbständige Betriebe, so gehören sie zur Detailhandels-Berufsgenossenschaft, wenn die Voraussetzungen des § 537 Abs. 1 Ziff. 11 RVO. und der Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts vom 15. Januar 1912 gegeben sind. Die vorstehend wiedergegebene Entscheidung folgt diesem gleichen Gedanken, wenn das Verhältnis umgekehrt liegt, wenn also Herstellungsbetriebe Teile oder Nebenbetriebe von Detailhandelsgeschäften sind. Sind solche Herstellungsbetriebe rein selbständige Betriebe, so werden sie der Berufsgenossenschaft anzugehören haben, die für ihren Berufszweig errichtet ist. Streitig wird allerdings häufig sein, wenn solche „Selbständigkeit" vorliegt.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1916 S. 25 ff.)

Nr. 76. Uebernimmt ein Arbeitgeber durch Vertrag die gesetzlich dem Angestellten zur Last fallende Hälfte der Beiträge zur Angestelltenversicherung, so sind diese Beträge dem sonstigen Jahresarbeitsverdienste des Angestellten jedenfalls dann nicht zuzurechnen, wenn der Angestellte in die Kürzung des ihm vom Arbeitgeber zugesicherten Ruhegehalts um das ihm nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte zustehende Ruhegeld willigt.

Nr. 77. Die in einer Wäschefabrik gegen Wochenlohn und mit vierzehntägiger Kündigung beschäftigten Direktricen, welche die Arbeit ausgeben, die Aufsicht führen und fehlerhaft abgelieferte Stücke ausbessern, sind nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 78. Ein Selfaktormeister in einer Kunstwollspinnerei, der acht Spinnmaschinen in Gang zu setzen und ihren ordnungsmäßigen Gang zu überwachen, die Garnstärke fortlaufend zu prüfen, dabei die an den Maschinen beschäftigten Arbeiter (Fadenkinder) zu überwachen, das Gewicht des fertig gestellten Garnes und die Stundenzahl der Arbeiter anzuschreiben, auch auf die Beobachtung der Arbeitsordnung und auf Bestrafung von Zuwiderhandlungen hinzuwirken hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 79. Der Geschäftsführer einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist als Angestellter in leitender Stellung versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 80. Ein Hausfräulein, das im Haushalt der Dienstherrschaft keine Leitungs- und Anordnungsbefugnisse hat, vielmehr im wesentlichen mit Arbeiten eines Dienstboten befaßt ist, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn es die Mahlzeiten am Tische der Dienstherrschaft einnimmt.

Nr. 81. Der Erste Zuschneider in einer Kleiderfabrik, der nicht nur nach vorhandenen Modellen zuschneidet, sondern auch Modelle abändert und neu aufstellt, ferner die von den Schneidern fertig gestellten Kleider nachprüft und abnimmt, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 82. 1. Trichinenschauer im Königreich Sachsen, die von einer Stadtgemeinde für bestimmte Bezirke angestellt und vom Stadtrat verpflichtet sind, sind als Gemeindeangestellte nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

2. Mehrere an sich nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtige Tätigkeiten sind bei Feststellung des Hauptberufs im Sinne des § 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zusammenzufassen.

Nr. 83. Ein Oberkellner in einem Gasthof mit 14 Zimmern, der mit 2 Lehrlingen die Gäste zu bedienen und ihnen die Zimmer anzuweisen hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn ihm gewisse schriftliche Arbeiten, wie z. B. das Ausstellen von Rechnungen und die Führung des Fremdenbuchs, obliegen.

Nr. 84. Gegen eine Kündigungsfrist von drei Tagen beschäftigte Büffetfräuleins in einem Automatenrestaurant, die Eßwaren und Getränke gegen Gutschein an die Abräumer und gegen Barzahlung an das Publikum abgeben und Geld umwechseln, sind Gewerbegehilfinnen und nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Medizinische Badeanstalt oder Privatkrankenanstalt?

Urteil des Oberlandesgerichts (Strafsenat) **Dresden** vom 13. Mai 1914.

Der Angeklagte hat seit dem Jahre 1913 ein Institut für Hydrotherapie, Elektrotherapie und Massage aller Art betrieben und darin in vier Badewannen gegen Entgelt Schwefel-, Sauerstoff-, Kohlensäure- und andere medizinische Bäder verabreicht. Der Stadtrat zu D. hat ihm den Betrieb dieser Anstalt als einer „Badeanstalt" nach § 35 Abs. 1 Gew.Ord. wegen Unzuverlässigkeit in bezug auf diesen Gewerbebetrieb untersagt und hat dies nach mündlicher Verhandlung durch weiteren rechtskräftig gewordenen Bescheid bestätigt. Seitdem hat der Angeklagte in seiner Anstalt Lichtbäder sowie in einer Badewanne Kohlensäure- und Sauerstoffbäder entgeltlich verabfolgt. Die bei ihm badenden und von ihm behandelten Personen hat er nicht dauernd bei sich aufgenommen. Auch hat er an Personen, die ihm Aerzte zum Gebrauche von Bädern zugewiesen hatten, ohne eine weitere Behandlung lediglich die betreffenden Bäder verabreicht.

Auf Grund dieser — rein tatsächlichen und deshalb auch für das Revisionsgericht maßgebenden — Annahmen konnte die Vorinstanz ohne Rechtsirrtum in der unter Anklage stehenden Handlungsweise den gewerbsmäßigen, im wesentlichen nicht der Krankenbehandlung, sondern dem Verabfolgen von Bädern dienenden Betrieb einer Badeanstalt im Sinne von § 35 Abs. 1 Gew.Ord. erblicken, die ihre Eigenschaft einer solchen dadurch nicht verlor, daß der Angeklagte einem Teile seiner Kunden neben den Bädern auch eine Heilbehandlung zuteil werden ließ.

Unter Badeanstalten sind nach der herrschenden Meinung, der sich unter Aufgabe der in den „Annalen" 14, S. 298 vertretenen Ansicht auch der jetzt erkennende Senat anschließt, solche Einrichtungen zu verstehen, in denen — gleichviel in welchem Umfange — Bäder irgendwelcher Art (zu Reinigungs- wie zu Heilzwecken, elektrische Bäder, Luft-, Licht-, Sonnen- und andere Bäder) verabfolgt werden und die weder als Krankenanstalten anzusehen noch unselbständige Bestandteile anderer Betriebe sind.

Diese Voraussetzungen sind in der vom Angeklagten betriebenen Anstalt nach den hierüber getroffenen Feststellungen erfüllt. Er hat, dem Zwecke der Anstalt entsprechend, in ihr gewerbsmäßig Bäder der festgestellten Art verabreicht und hat dieses Gewerbe nicht als Teil eines anderen Unternehmens, sondern selbständig und auch nicht als eine Krankenanstalt, insbesondere aber nicht als eine Privatkrankenanstalt im Sinne von § 30 Gew.Ord. betrieben. Eine solche setzt ein in Privathand befindliches, gewerbliches und auf die Dauer berechnetes Unternehmen voraus, in dem in bestimmten dazu hergerichteten Räumen und Anlagen Kranke Behandlung ihrer Leiden oder Pflege oder beides in der Weise finden, daß ihr Aufenthalt in jenen Räumen und Anlagen eine gewisse längere Dauer zu währen hat und erreicht, daß ferner die Räume und Anlagen den örtlichen Mittelpunkt bilden, zu dem die Kranken stetig zurückkehren, und daß deren Lebensweise in Verbindung mit der anzuwendenden Heilmethode geregelt und überwacht wird.

Die in der Revisionsbegründung geforderte Annahme, daß der Angeklagte eine Krankenanstalt in diesem Sinne betrieben habe, wird ohne weiteres ausgeschlossen durch die Feststellungen des Landgerichts, daß er an Personen, die ihm zum Gebrauche von Bädern zugewiesen worden seien, ohne weitere Behandlung lediglich die gewünschten Bäder verabfolgt und daß er die bei ihm badenden und von ihm behandelten Personen nicht dauernd bei sich aufgenommen habe.

Diesen sowie den übrigen Beweisaufnahmen der Vorinstanz gegenüber können auch die Revisionseinwände, daß er nur Heilkunde ausübe, in seiner Anstalt nie Reinigungsbäder verabfolge, an Gesunde überhaupt keine Bäder abgebe und nur Kranke, diese jedoch fortdauernd und dergestalt behandle, daß sie bei ihm Kuren nähmen und vielfach teils halbe, teils ganze Tage in seiner Anstalt weilten, und zwar auch in Verbindung mit dem zum ersten dieser Einwände überreichten Gutachten des Anstaltsarztes Dr. B., nach den aus §§ 260, 376 Str.Pr.Ord. sich ergebenden Rechtsgrundsätzen schon um deswillen keine Beachtung finden, weil sie der erforderlichen Unterlage im angefochtenen Urteil entbehren.

Sprechsaal.

Zur Einschränkung des Bargeldverkehrs bei den Krankenkassen.

Aus Anlaß unserer Mitteilung in Heft 5 S. 116 richtet der Württ. Krankenkassenverband in Stuttgart an uns eine Zuschrift, aus der wir entnehmen, daß der Verband die Krankenkassen immer wieder auf die Vorteile des Scheckverkehrs aufmerksam macht und ihnen dessen Einführung empfiehlt. Besonders geschehe dies auch anläßlich der Prüfung der Jahresrechnungen durch die Revisoren des Verbandes. Die Vermutung der Frankfurter Zeitung, daß derartig „unsinnige Anschauungen" in Krankenkassenkreisen herrschen, sei nicht zutreffend; denn glücklicherweise sei die Anschauung der in unserer Mitteilung erwähnten Kasse eine Ausnahme. Erfreulicherweise haben bereits eine große Anzahl württ. Ortskrankenkassen den Postscheckverkehr eingeführt. Der Verband hat aber unsere Mitteilung zum Anlaß genommen, an alle ihm angeschlossenen Kassen folgendes Rundschreiben vom 16. Februar 1916 zu richten:

„In der „Arbeiter-Versorgung" Nr. 5 von 1916 Seite 116 ist unter Bezugnahme auf einen Artikel der Frankfurter Zeitung das Geschäftsgebahren einer württ. Ortskrankenkasse einer Kritik unterzogen. Die betreffende Ortskrankenkasse ist der Anschauung, daß im Postscheckverkehr die Buchung der Zahlungen durch Postscheck wesentlich umständlicher seien und daß es nicht angehe, das Guthaben beim Postscheckamt als Barbestand aufzuführen.

Diese Anschauungen sind vollständig irrig. Sämtliche Zahlungen durch Postscheck werden als Barzahlung gebucht, bei Kassenstürzen wird das Guthaben beim Postscheckamt als Teil des Kassenbestandes zugezählt. Die Buchungen sind daher in keiner Weise umständlicher als bei Barzahlungen, sie haben vielmehr den großen Vorteil des Wegfalls jeglichen Geldverkehrs für sich.

Aus diesem Anlaß nehmen wir Bezug auf die Ausführungen des Herrn Postinspektors Betting in dieser Sache auf der außerordentlichen Landesversammlung am 2. März 1914 und möchten den Krankenkassen die Einführung des Postscheckverkehrs dringend empfehlen. Gerade bei den Krankenkassen, bei welchen die Einnahmen und Ausgaben in zahlreichen Einzelposten vor sich gehen, eignet sich der Postscheckverkehr besonders. Wir denken hier in erster Linie an die Einzahlung der Beiträge durch die örtlichen Einzugsstellen im Wege des Postschecks und ebenso die Auszahlung der Krankengelder usw. durch die Hauptkasse an die außerhalb des Kassensitzes wohnenden Mitglieder. Wie die Prüfung der Jahresrechnungen ergeben hat, besteht in verschiedenen Kassenbezirken die Uebung, daß an den von den örtlichen Einzugsstellen eingezogenen Beiträgen die für den betr. Bezirk der örtlichen Einzugsstelle auszubezahlenden Kranken-, Wochengelder usw. in Abzug gebracht und nur die Restbeträge eingeschickt werden. Teilweise werden dann von der Hauptkasse nur die Restbeträge gebucht. Ein solches Verfahren ist nicht richtig. Da die Rechnungsführung der Krankenkassen eine durchlaufende Verrechnung nicht kennt, so sind alle Einnahmen und Ausgaben in ihrem vollen Betrage ersichtlich zu machen. Siehe auch § 16 der Bundesratsverordnung vom 9. Oktober 1913.*)

Wir halten jedoch auch die Auszahlung der Krankengelder usw. durch die örtlichen Einzugsstellen nicht für zweckmäßig. Es erscheint uns vielmehr eine möglichste Zentralisierung des Kassenwesens angezeigt. Denn dadurch läßt sich stets eine Uebersicht über den tatsächlichen Stand der angefallenen Einnahmen und Ausgaben gewinnen, auch sind die Buchungen der Einnahmen und Ausgaben sofort bei ihrem Anfall möglich. Für diese Zahlungen dürfte sich der Postscheck sehr gut eignen. Auch viele andere häufige Zahlungen der Krankenkassen (Aerzte, Apotheken, Krankenhäuser) sind im Wege des Postschecks einfacher.

Neben dem Postscheckverkehr empfiehlt sich besonders bei Kassen mit größerem Anfall der Bankverkehr. Bekanntlich wird das Guthaben auf Postscheckkonto nicht verzinst. Wenn auch der Zinsfuß von den bei den Banken angelegten Geldern kein hoher ist, so ist das Zinsenerträgnis eines Jahres immerhin ein nennenswertes, wenn die Krankenkasse verfügbare Gelder stets zur Bank gibt. In dieser Weise sind einerseits die Barmittel der Krankenkasse stets in nutzbringender Weise angelegt, während andererseits die Kasse ihren Barbestand auf das notwendigste Maß beschränken kann und damit auch den Umständlichkeiten des Bargeldverkehrs und seiner Verantwortung enthoben ist und zugleich aber auch jederzeit Mittel zur Verfügung hat. Durch gegenseitige Ueberweisung vom Postscheckkonto auf das Bankkonto können die Mittel in einfachster Weise für den einen oder andern Zahlungsweg flüssig gemacht werden.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Herabsetzung der Altersgrenze für den Bezug der Altersrente.

Wie schon früher, so hat der Reichstag in seiner Sitzung v. 15. Januar dieses Jahres — und diesmal einstimmig — beschlossen, die Reichsregierung um eine Vorlage zu ersuchen, wonach die Altersgrenze für den Bezug von Invalidenrente (§ 1257 RVO.) vom 70. auf das 65. Lebensjahr herabgesetzt werden sollte. Entsprechend einer entgegenkommenden Erklärung, die der Staatssekretär Dr. Delbrück im Reichstag abgab, ist dem Bundesrat jetzt eine solche Vorlage zugegangen. Danach soll die Herabsetzung bereits mit Beginn des neuen Rechnungsjahrs wirksam werden. Dem Reichstag wird ein entsprechender Gesetzentwurf voraussichtlich alsbald nach seinem Zusammentritt zugehen.

Invalidenversicherung der Armierungsarbeiter und der freiwilligen Krankenpflegerinnen im Kriege.

In den beteiligten Kreisen bestand bisher viel-

*) Arbeiter-Versorgung 1913, S. 750.

fach Ungewißheit darüber, ob die durch Privatdienstvertrag von der Heeresverwaltung angenommenen Armierungsarbeiter und die im Dienst der freiwilligen Krankenpflege während des Krieges tätigen Schwestern der Invalidenversicherungspflicht unterliegen. Nach eingehenden Verhandlungen mit dem Kriegsministerium und Vertretern der Versicherungsanstalten hat der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts diese Frage am 12. Febr. unter dem Vorsitz des Präsidenten Dr. Kaufmann bejaht. Dabei wurde angenommen, daß weder die Armierungsarbeiter noch die Krankenschwestern zu den Personen des Soldatenstandes gehören und ihre Tätigkeit sich auch nicht als „freiwillige militärische Dienstleistung" im Sinne des § 1393 der Reichsversicherungsordnung darstellt. Der Senat hat nicht verkannt, daß diese Entscheidung der Militärverwaltung eine nicht unerhebliche Arbeitslast aufbürdet, zumal da die Beitragsleistung wegen der Zweifelhaftigkeit der Rechtslage bisher größtenteils unterblieben ist. Man nahm aber an, daß die Schwierigkeiten bei bereitwilligem Entgegenkommen der Versicherungsanstalten zu überwinden sein werden.

(Krankenkassen-Zeitung.)

Kriegsmaßnahmen der See-Berufsgenossenschaft und der Seekasse.*)

Trotz der erheblichen Verminderung des Beamtenkörpers hat die Berufsgenossenschaft stellenweise allerdings unter Heranziehung von Hilfskräften, den Geschäftsbetrieb nicht nur in vollem Umfang aufrechterhalten, sondern auch freiwillig die Durchführung einer Reihe von anderweitigen, durch den Krieg bedingten Aufgaben übernommen.

Zunächst wurde sofort mit Ausbruch des Krieges im „See-Haus" unter Leitung von Beamten der Berufsgenossenschaft die Hauptsammelstelle für Liebesgaben errichtet, der insbesondere auch die Fertigstellung und Absendung der sämtlichen vom Hamburger Landesverein vom Roten Kreuz ausgehenden Transporte der verschiedenen Gaben an die Fronten im Westen und Osten obliegt. Seit Oktober 1914 wurde die gesamte Leitung des Hamburger Ausschusses zur Verteilung von Liebesgaben an die Flotte übernommen. In weitem Umfang wurde für eine Ausrüstung der zur Kaiserlichen Marine eingezogenen Mannschaften mit Wollsachen Sorge getragen. Letztere sind in Hamburg zum größten Teil in besonders hierfür eingerichteten Näh- und Strickstuben angefertigt worden, wo nach Möglichkeit die durch den Krieg in Notlage versetzten weiblichen Angehörigen der bei der Berufsgenossenschaft oder der Seekasse Versicherten gegen Entgelt beschäftigt wurden. Auch wurden die einzelnen Schiffe und sonstigen Formationen mit Rauchwaren, Lesestoff, Musikinstrumenten und anderen Liebesgaben ausreichend versorgt. Größere Transporte sind sodann dem in Flandern kämpfenden Marinekorps zugeführt worden. Auch an der Liebestätigkeit für die in der Türkei kämpfenden deutschen Marinetruppen sowie an der Unterstützung der in feindliche Gefangenschaft geratenen Mannschaften der deutschen Flotte nahm die Berufsgenossenschaft Anteil. Zur Feier des Weihnachtsfestes 1914 wurden ferner durch ihre Vermittlung 27000 Weihnachtspakete zum Werte von je mindestens fünf Mark an aktive Marinemannschaften abgesandt.

Um nach Möglichkeit auch der unverschuldeten Not zu steuern, die durch den Krieg innerhalb der seemännischen Bevölkerung hervorgerufen wurde, hat, da die Berufsgenossenschaft für diesen Zweck Mittel der Genossenschaft nicht verwenden durfte, die Invaliden-, Witwen- und Waisen-Versicherungskasse (Seekasse) in Anwendung des § 1274 der Reichsversicherungsordnung mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts im ganzen einen Beitrag von 200000 M. zur Unterstützung bedürftiger, bei ihr versicherter, durch die Kriegswirren in Not geratener Seeleute und ihrer Angehörigen bereitgestellt. Die Verteilung des von dieser Summe auf Hamburg entfallenden Betrages hat die Berufsgenossenschaft selbst übernommen und zu diesem Zwecke im „See-Haus" eine besondere, ausschließlich mit Beamten der Seekasse und der Genossenschaft besetzte Abteilung der Hamburger Kriegshilfe errichtet. Diese Tätigkeit hat von Anfang Oktober 1914 bis Mitte April 1915 gedauert; sie ist lediglich aus dem Grunde wieder eingestellt worden, weil die zur Verfügung stehenden Gelder zur Neige gingen. Im ganzen sind während dieser Zeit 1893 Unterstützungsgesuche eingelaufen, ganz eingehend — insbesondere auch durch Nachfrage bei den Reedereien, der Hamburgischen Gesellschaft für Wohltätigkeit und der Armenanstalt, durch schriftliche und mündliche Verhandlungen mit den Vermietern sowie durch persönliche Ermittlungen in den Wohnungen der Gesuchsteller — geprüft und zur Entscheidung gebracht worden. Dabei war, da es sich um die Verteilung von Geldern handelte, die zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgebracht waren, auch den Vertretern der Versicherten in weitgehendem Maße Sitz und Stimme eingeräumt. Gewährt wurden neben einmaligen und laufenden baren Unterstützungen sowie neben der Regelung von Mieteschulden auch Beihilfen in Gestalt von Gutscheinen auf Lebensmittel; ferner bestand die Hilfeleistung in Hergabe von Gebrauchsgegenständen, wie Arbeitsgerät, Kleidungsstücken usw. In zahlreichen Fällen ist es auch gelungen, den Gesuchstellern passende Arbeitsgelegenheit zu vermitteln. Unverheirateten Personen, die in Hamburg keine Familie besaßen, wurde eine Unterstützung durch Gewährung freier Unterkunft und Verpflegung auf dem von dem Zentralverein Deutscher Reeder gecharterten Dampfer „Etzel" zuteil. Unter den Gesuchstellern fehlten die höheren Chargen vom Bootsmann einschließlich aufwärts, nahezu gänzlich und auch das Deck- und Maschinenpersonal war nur schwach vertreten; über 75 v. H. setzten sich vielmehr aus Angehörigen des Aufwartepersonals, insbesondere aus Stewards und Stewardessen, zusammen.

Die Bekanntmachung des Bundesrats vom 3. Dezember 1914 über die Reichswochenhilfe ließ einen großen Teil der Besatzung deutscher Seefahrzeuge unberücksichtigt, nämlich alle diejenigen, die nicht unter die Krankenversicherung der Reichsversicherungsordnung fallen, somit einer Krankenkasse nicht angehören, sondern für die auf Grund der §§ 59 bis 62 der Seemannsordnung und §§ 553 bis 553b des Handelsgesetzbuches der Reeder die Krankenfürsorge zu leisten hat. Da einerseits kein Grund vorlag, den Ehefrauen dieser Personen die Wochenhilfe zu versagen, es aber andererseits nicht angezeigt erschien, die einzelnen Reeder mit der Durchführung der Wochenhilfe zu belasten, trat im Dezember 1914 die Reichsregierung an die Berufsgenossenschaft mit der Anfrage heran, ob sie zur Uebernahme der Durchführung der Wochenhilfe für die Ehefrauen von Seeleuten bereit sei.

*) „Beitrag des Reichsversicherungsamts" zum Reichs-Arbeitsblatt Nr. 2 (Februar 1916).

Die Berufsgenossenschaft hat sich auch zu dieser neuen Aufgabe im Interesse der seemännischen Bevölkerung ohne Zögern bereit erklärt. Infolgedessen ist unter dem 28. Januar 1915 eine weitere Bekanntmachung des Bundesrats erlassen worden, durch die Anspruch auf Wochenhilfe auch denjenigen Ehefrauen verliehen worden ist, deren zum Kriegs- oder Sanitätsdienst eingezogene Ehemänner bis zum Tage des Kriegsausbruchs oder darüber hinaus zu der gegen Entgelt beschäftigten, aber nach der Reichsversicherungsordnung nicht gegen Krankheit versicherten Besatzung eines deutschen Seefahrzeugs gehört und an Entgelt als regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst nicht mehr als 2500 M. bezogen haben. Im ganzen sind bisher 502 Anträge zur Bearbeitung gelangt.

Anfang April 1915 gaben der Zentralverein Deutscher Reeder, der Verein Deutscher Seeschiffer zu Hamburg und der Verein der Kapitäne und Offiziere der Handelsmarine zu Hamburg die Anregung, für die Besatzungen der während des Krieges unter deutscher Handelsflagge fahrenden Schiffe durch eine innerhalb der Genossenschaft zu schaffende besondere Einrichtung eine erhöhte Unfall- und Hinterbliebenenfürsorge gegenüber den durch den Krieg bedingten besonderen Gefahren (Auflaufen auf Minen, Angriff von feindlichen Schiffen usw.) ins Leben zu rufen. Wenngleich auf Grund des § 1198 der Reichsversicherungsordnung in Verbindung mit den §§ 843 bis 847 dieses Gesetzes an sich die Möglichkeit gegeben war, „Rentenzuschußkassen für Versicherte" zu errichten, bestanden Bedenken, diesen Weg zu beschreiten. Die Schaffung einer „Rentenzuschußkasse" hätte die Aufbringung sehr erheblicher, die Leistungsfähigkeit der beteiligten Reedereien zweifellos überschreitender Beträge erfordert; sodann aber hätte es auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen zur Errichtung einer besonderen „Rentenzuschußkasse" nicht nur eines Beschlusses der Genossenschaftsversammlung bedurft, sondern die von dieser festzusetzenden Satzungen hätten durch das Reichsversicherungsamt auch dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet werden müssen. Das unbedingt anzustrebende Ziel konnte rascher erreicht werden, wenn seitens des Reichs eine zusätzliche Seeunfallversicherung gegen Kriegsgefahr geschaffen wurde. Infolgedessen wurde ein entsprechender Antrag dem Reichsamt des Innern unterbreitet. Die Berufsgenossenschaft erklärte sich bereit, in weitgehendem Umfange an der geschäftlichen Durchführung der neuen Versicherung mitzuhelfen. Daraufhin ist eine besondere Seeunfallversicherung gegen Kriegsgefahr der in der Ost- und Nordseeschiffahrt beschäftigten Schiffsbesatzungen errichtet worden, für die im Reichsamt des Innern die folgenden Grundsätze festgesetzt worden sind:

1. Die durch den Krieg verursachte Gefährdung der deutschen Ostsee- und Nordseeschiffahrt, deren Aufrechterhaltung im öffentlichen Interesse erforderlich ist, läßt es geboten erscheinen, für die Besatzungen der deutschen Kauffahrteischiffe über den Rahmen der durch die Reichsversicherungsordnung begründeten Fürsorge hinaus eine erhöhte Unfallfürsorge eintreten zu lassen.

2. Von einer gesetzlichen Regelung der Angelegenheit ist aus grundsätzlichen Erwägungen Abstand genommen. Die Lösung hat vielmehr im Wege der Selbsthilfe der Reeder unter Beihilfe des Reichs in der Weise zu erfolgen, daß den Besatzungen bei Unfällen neben den gesetzlichen Ansprüchen aus der Reichsversicherungsordnung eine einmalige Kapitalabfindung gewährt wird.

3. Diese Abfindung besteht in dem achtfachen Jahresbetrage derjenigen Rente, die nach Maßgabe der Reichsversicherungsordnung für den betreffenden Betriebsunfall erstmalig rechtskräftig festgesetzt worden ist.

Im Falle einer Erwerbsunfähigkeit ist die Abfindung nur zu gewähren, wenn die Erwerbsfähigkeit mindestens 25 v. H. herabgesetzt ist.

4. Da die hiernach zu gewährende Abfindung, selbst unter angemessener Beteiligung des Reichs, erhebliche, die durchschnittliche Leistungsfähigkeit der beteiligten Reedereien überschreitende Kapitalaufwendungen erfordern würde, so erscheint es zweckmäßig, das Risiko dieser Aufwendungen bei einer leistungsfähigen Privatversicherungsgesellschaft zu decken.

5. Die „Allianz"-Versicherungs-Aktiengesellschaft in Berlin hat sich bereit gefunden, die Versicherung des vorstehenden Risikos zu angemessenen Prämiensätzen, die nur mit Zustimmung des Reichskanzlers erhöht werden dürfen, zu übernehmen.

6. Als Versicherungssumme ist der achtfache Betrag der sogenannten Jahresvollrente bei dauernder Erwerbsunfähigkeit gemäß §§ 1065 ff. der Reichsversicherungsordnung für jeden Mann der Besatzung festzusetzen.

7. Gegenstand der Versicherung bildet Tod oder Verletzung infolge von Beschießung, einschließlich Bombenwerfen, Rammen, Auflaufen auf Minen oder infolge einer anderen unmittelbaren Kriegsgefahr.

Falls ein Schiff verschollen ist, so soll der Verlust als durch Kriegsgefahr verursacht gelten, wenn nach den Begleitumständen nicht eine Seegefahr glaubhaft erscheint. Im Falle einer Meinungsverschiedenheit zwischen dem Versicherungsnehmer und der „Allianz" über das Vorliegen von Kriegsgefahr entscheidet endgültig der Reichskommissar für die Deutsche Seeversicherungs-Gesellschaft von 1914, Aktiengesellschaft.

8. Die Regelung des Verhältnisses zwischen Reeder und Besatzung erfolgt durch Aufnahme folgenden Zusatzes in die Musterrolle:

„Die Schiffsbesatzung ist von der Reederei bei der „Allianz" Aktiengesellschaft in Berlin nach Maßgabe der vom Reichsamt des Innern festgesetzten Grundsätze gegen Kriegsgefahr besonders versichert."

9. Der Abschluß der Versicherungsverträge erfolgt auf Antrag des Reeders durch die See-Berufsgenossenschaft. Diese erhält von der „Allianz" Vollmacht zur Ausstellung der Policen und übernimmt die Zahlung der Prämien und die Auszahlung etwaiger Versicherungsbeträge. Die auf den beteiligten Reeder entfallenden Prämienbeträge zieht sie von diesem wieder ein.

Die See-Berufsgenossenschaft handelt hierbei lediglich als Beauftragte der „Allianz".

10. Die erhöhte Unfallfürsorge wird beschränkt
a) auf die Zeit bis zum Friedensschluß;
b) auf folgende Fahrten:
Nordsee von Emden bis Drontheim, Skagerrak einschließlich der Fahrt bis Christiania;
Ostsee bis Memel und Lulea.

11. Um den Reedern die durch die erhöhte Unfallfürsorge entstehenden Lasten zu erleichtern, hat sich das Reich bereit erklärt, diese Lasten zu zwei Dritteilen zu übernehmen, und zwar im Wege der Selbstversicherung auf Grund einer mit der „Allianz" abgeschlossenen Vereinbarung.

Auf Grund der in Gemäßheit der vorstehenden Grundsätze von der „Allianz“ erteilten Vollmacht sind bisher von der Berufsgenossenschaft 1081 Policen ausgestellt worden. Die hierfür zu entrichtenden Prämien sind von der Berufsgenossenschaft eingezogen und an die „Allianz“ abgeführt worden. Eine Auszahlung von Versicherungsbeträgen ist bis zur Fertigstellung des Geschäftsberichtes nicht erfolgt.

In die innerhalb des Preußischen Staates gebildeten Provinzialausschüsse für die Kriegsbeschädigtenfürsorge, die sich insbesondere mit der Arbeitsvermittlung und der Erleichterung eines Berufswechsels beschäftigen, sind ebenso wie in den Geschäftsausschuß des Hamburgischen Landesausschusses für Kriegsbeschädigte Vertreter der Berufsgenossenschaft eingetreten. Auch hat die Seekasse 10 000 M. zur Errichtung einer besonderen Werkstätte zur Verfügung gestellt, die in dem in Hamburg-Veddel in den Auswandererhallen der Hamburg-Amerika-Linie untergebrachten Marinelazarett geschaffen worden ist, um Kriegsbeschädigten eine weitere Ausbildung und, falls erforderlich, auch das Erlernen neuer Berufe zu ermöglichen.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Angestelltenversicherung während des Krieges.

(Neue Fassung.) — Vgl. Arb.-Vers. 1915 S. 378.

I. Die Beiträge zur Angestelltenversicherung sind im Frieden wie im Kriege von dem Arbeitgeber zu entrichten, der die dem Angestellten obliegende Beitragshälfte lediglich im Wege des Gehaltsabzuges einziehen darf. Sind Angestellte auf Grund einer privaten Lebensversicherung gemäß § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte von der eigenen Beitragsleistung befreit — was auf der Versicherungskarte vermerkt sein muß —, so hat nur der Arbeitgeber die ihm obliegende Beitragshälfte zu entrichten.

II. An der Verpflichtung des Arbeitgebers, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die in der Person der Angestellten oder in den Gehaltsklassen eingetretenen Veränderungen mittels der bei den Ausgabestellen der Angestelltenversicherung erhältlichen Vordrucke anzuzeigen, wird durch den Krieg nichts geändert.

III. Nach einem Beschlusse des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte sind diejenigen Personen, welche eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit bisher nicht ausgeübt haben und auch nach Beendigung des Krieges voraussichtlich nicht ausüben werden, hinsichtlich einer nur für die Dauer des Kriegszustandes angenommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung versicherungsfrei. Dagegen werden Angestellte, die eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben, bisher aber infolge ihres Jahresarbeitsverdienstes von mehr als 5000 M. versicherungsfrei gewesen sind, versicherungspflichtig, sobald ihr Jahresarbeitsverdienst infolge Verminderung ihrer Bezüge auf 5000 M. oder weniger herabsinkt. Hat z. B. ein Angestellter bis zum 31. Juli 1914 500 M. und seitdem 400 M. monatlich bezogen, so ist er bis zum 31. Juli 1914 versicherungsfrei und seitdem versicherungspflichtig, obgleich die Summe seiner Bezüge im Kalenderjahr 1914 trotz der seit dem 1. August 1914 eingetretenen Verringerung den Betrag von 5000 M. immer noch übersteigt (7 × 500 M. und 5 × 400 M. = 5500 M.).

Uebersteigt der Jahresarbeitsverdienst später wieder die Grenze von 5000 M., so besteht, wenn mindestens sechs Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt worden sind, die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung, über die wir auf besondere Anfrage das Nähere mitzuteilen gern bereit sind (vgl. auch unten Abschnitt VII).

IV. Wird einem Angestellten nur ein Teil seines bisherigen Gehaltes gewährt, so sind die Beiträge der entsprechend niedrigeren Gehaltsklasse zu entrichten. Hat z. B. ein Angestellter bis zum 31. Juli 1914 300 M. und seitdem 200 M. bezogen, so sind bis zum 31. Juli 1914 entsprechend einem Jahresarbeitsverdienst von 3600 M. die Beiträge der Klasse H und seitdem entsprechend einem Jahresarbeitsverdienst von 2400 M. die Beiträge der Klasse F zu entrichten.

V. Werden Angestellte zwar den vollen Monat hindurch beschäftigt, jedoch unter Kürzung der bisherigen Arbeitszeit um Tage oder Stunden, so sind die Beiträge der entsprechenden Gehaltsklasse und nicht etwa $^{8}/_{100}$ des gezahlten Entgelts zu entrichten.

VI. Versicherte, die infolge Verminderung ihres Gehaltes in eine niedrigere Gehaltsklasse als die bisherige eintreten, können nach § 19 des Versicherungsgesetzes für Angestellte in der bisherigen Gehaltsklasse bleiben, falls sie mindestens sechs Beitragsmonate in dieser auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt haben. Bis zum vollendeten 25. Lebensjahre können Versicherte ohne weiteres in eine höhere Gehaltsklasse eintreten, als der Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes entspricht.

Der Arbeitgeber ist aber nur dann zum höheren Beitrag verpflichtet, wenn dies vereinbart worden ist.

In Ergänzung dieser Vorschriften bestimmt die Verordnung des Bundesrats vom 26. August 1915, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges (Reichsgesetzblatt S. 531) im § 9 folgendes:

Bezieht ein Versicherter während des gegenwärtigen Krieges infolge einer Betriebseinschränkung ein geringeres Entgelt als bisher oder wird er infolge einer Betriebseinstellung stellenlos, so kann er für die Kriegsmonate Beiträge bis zu dem Betrage entrichten, welcher dem Durchschnitt der letzten sechs vor der Betriebseinschränkung oder -einstellung entrichteten Pflichtbeiträge entspricht. Die Mehrbeträge sind spätestens bis zum Ablauf desjenigen Kalenderjahres zu entrichten, welches dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist.

VII. Nach § 15 des Versicherungsgesetzes für Angestellte kann die Angestelltenversicherung freiwillig fortsetzen, wer aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet und mindestens sechs Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt hat. Hat er einhundertzwanzig Beitragsmonate zurückgelegt, so kann er sich die bis dahin erworbene Anwartschaft durch Zahlung einer Anerkennungsgebühr erhalten.

Im Falle der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung oder der Aufrechterhaltung der erworbenen Anwartschaft sind nach § 201 des Gesetzes die Beiträge oder die Anerkennungsgebühr an die Reichsversicherungsanstalt spätestens vor Ablauf des Kalenderjahres, für das sie gelten sollen, durch die Post portofrei einzusenden.

In Ergänzung dieser Vorschriften bestimmt die

erwähnte Verordnung des Bundesrats im § 8 folgendes:

Versicherte, die während des gegenwärtigen Krieges infolge von Maßnahmen feindlicher Staaten verhindert sind, Beiträge zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung oder die Anerkennungsgebühr für die Aufrechterhaltung der erworbenen Anwartschaften (§ 15 des Vers.Ges. für Angestellte) einzuzahlen, können die Beiträge und die Anerkennungsgebühr abweichend vom § 201 des Gesetzes nachzahlen. Die Nachzahlung hat spätestens bis zum Ablauf desjenigen Kalenderjahrs zu erfolgen, welches dem Jahr folgt, in welchem der Krieg beendet ist.

Ferner kommt für Versicherte, die während des gegenwärtigen Krieges infolge einer Betriebseinstellung stellenlos werden, der im Abschnitt VI wiedergegebene § 9 der Verordnung in Betracht, der eine Nachentrichtung freiwilliger Beiträge bis zum Ablauf desjenigen Kalenderjahres gestattet, welches dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist.

VIII. Nach § 1 der erwähnten Bundesratsverordnung werden die Zeiten, in denen Versicherte im gegenwärtigen Kriege dem Deutschen Reiche oder der Oesterreichisch-Ungarischen Monarchie Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben, soweit sie in vollen Kalendermonaten bestehen, als Beitragszeiten angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Die Anrechnung erfolgt jedoch nur für das Ruhegeld und die Hinterbliebenenrenten, nicht aber für andere Leistungen des Gesetzes.

Für die Anrechnung ist nach § 2 der Verordnung die Gehaltsklasse des letzten dem 1. August 1914 vorhergehenden Monats maßgebend, für den ein Pflichtbeitrag entrichtet ist. Für Angestellte, die erst nach dem 31. Juli 1914 versicherungspflichtig geworden sind, ist der letzte Pflichtbeitrag maßgebend, der vor Antritt der im § 1 bezeichneten Dienste geleistet worden ist.

Sind in dem in Betracht kommenden Monat nur Beiträge nach § 177 des Vers.Ges. für Angestellte geleistet, so ist die Gehaltsklasse E maßgebend.

In den Fällen des § 390 des Vers.Ges. für Angestellte wird nur der Arbeitgeberbeitrag angerechnet.

Nach § 4 der Verordnung werden Beiträge, die für die im § 1 der Verordnung bezeichneten Zeiten entrichtet worden sind, soweit sie nicht nach § 398 des Vers.Ges. für Angestellte zurückerstattet sind (vgl. unten Abschnitt XII), dem Arbeitgeber auf seinen Antrag ohne Zinsen zurückgezahlt; der Arbeitgeber hat dem Angestellten den von ihm eingezogenen Beitragsteil zu erstatten.

Der Antrag auf Rückerstattung von Beiträgen ist spätestens sechs Monate nach Ablauf des Monats zu stellen, in welchem der Frieden geschlossen worden ist. Beim Fehlen eines Friedensschlusses beginnt der Lauf der Frist mit dem Schlusse desjenigen Jahres, in welchem der Krieg beendet ist.

Ist der Antrag innerhalb der Frist nicht gestellt oder wird er abgelehnt, so verbleiben die Beiträge dem Konto des Angestellten; eine Anrechnung der Kriegsmonate als Beitragszeiten nach § 1 findet insoweit nicht statt.

Für die Entscheidung von Streitigkeiten über die Rückerstattung von Beiträgen gelten die §§ 210 ff. des Vers.Ges. für Angestellte entsprechend.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten nach § 5 der Verordnung entsprechend für die Fälle der freiwilligen Versicherung mit der Maßgabe, daß die Rückzahlung auf Antrag an den Versicherten selbst geleistet wird. Sie gelten aber nach § 6 der Verordnung nicht für solche Versicherte, welche in dem nach §§ 2, 5 maßgebenden Monat bei einer zugelassenen Ersatzkasse (§§ 372 ff. des Vers.Ges. für Angestellte) versichert waren.

IX. In Erläuterung der Bundesratsverordnung hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ein Rundschreiben und ein Merkblatt erlassen, auf welche wir Bezug nehmen.

X. Nach § 7 der Verordnung werden die Zeiten, in welchen Versicherte während des Krieges sich in feindlicher Gefangenschaft befinden, ohne in Erfüllung der Wehrpflicht oder freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet zu haben, als Beitragsmonate angerechnet, soweit es sich um die Zulässigkeit der freiwilligen Weiterversicherung und um die Aufrechterhaltung der Anwartschaft handelt. Ueber diese beschränktere Anrechnung teilen wir auf Anfrage Näheres mit.

XI. Nach § 395 des Vers.Ges. für Angestellte kann die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte bis zum 31. Dezember 1915 einzelnen Angestellten nach vorhergehender ärztlicher Untersuchung gestatten, die Wartezeit zum Bezuge der Leistungen dieses Gesetzes durch Einzahlung der entsprechenden Prämienreserve abzukürzen. Diese Frist wird durch § 15 der Bundesratsverordnung für Kriegsteilnehmer bis zum Schlusse desjenigen Kalenderjahres verlängert, welches auf das Jahr folgt, in welchem der Krieg beendet ist.

XII. Sollte ein Angestellter trotz der Anrechnung der Kriegsmonate die Wartezeit nicht erfüllen können, so kommt seinen Hinterbliebenen der § 398 des Vers.Ges. für Angestellte zugute. Hiernach steht, wenn ein Angestellter vor dem 1. Januar 1928 stirbt, ohne daß ein Anspruch auf die Leistungen des Gesetzes geltend gemacht werden kann, der hinterlassenen Witwe oder dem Witwer oder, falls solche nicht vorhanden sind, den hinterlassenen Kindern unter 18 Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für den Verstorbenen eingezahlten Beiträge zu. Bei der freiwilligen Versicherung werden drei Viertel der von dem freiwillig Versicherten eingezahlten Beiträge zurückerstattet.

Derselbe Anspruch ist gegeben, wenn ein Angestellter nach dem 31. Dezember 1927 stirbt, der vorher berufsunfähig geworden war, ohne Ruhegeld beanspruchen zu können. Der Anspruch verfällt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Versicherten geltend gemacht wird.

XIII. Hat ein auf Grund einer privaten Lebensversicherung gemäß § 390 des Vers.Ges. für Angestellte von der eigenen Beitragsleistung befreiter Kriegsteilnehmer gemäß § 392 Abs. 3 a. a. O. die Rechte aus seiner Versicherung ganz oder teilweise an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte abgetreten, so sind für ihn die §§ 10—14 der Bundesratsverordnung von Bedeutung, über die wir auf Anfrage Näheres mitzuteilen gern bereit sind.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Wiedereintritt zurückkehrender Krieger in die Krankenversicherung.

1. Nach Oberfrohna. Berichtigung: Mit Bezug auf unsere Auskunft in Heft 7, S. 167 werden wir von einem Leser freundlich darauf aufmerksam gemacht, daß nach § 1 der Bek. des Reichskanzlers v. 28. Januar 1915 (Arb.-Vers. 1915 S. 104) der §§ 3 des Ges. vom 4. August 1914 auch für diejenigen gilt, welche beim Eintritt in den Kriegsdienst zur Weiterversicherung berechtigt waren, von dieser Berechtigung aber keinen Gebrauch gemacht haben. Die Rechtslage ist aber in diesen Fällen doch insofern eine andere, als die Kasse solche Personen ärztlich untersuchen lassen und im Fall einer bereits bestehenden Krankheit die Kassenleistung für diese versagen kann.

Ueberführung vom Krankenhaus in eine Irrenanstalt auf Kosten der Krankenkasse.

2. Nach Ratibor. Antwort: Wir halten den Anspruch des Magistrats für begründet. Wenn er sich dabei tatsächlich „als Vertreter des hiesigen Armenverbandes“ bezeichnet haben sollte, so wäre das ein belangloser rechtlicher Irrtum; denn der Anspruch steht ihm in seiner Eigenschaft als Verwalter des städtischen Krankenhauses zu, und zwar auf Grund des von der Kasse erteilten Auftrages. Die Kasse hatte das Dienstmädchen „wegen Geisteskrankheit“ dem städtischen Krankenhause überwiesen und mußte sich im Hinblick auf die Natur solcher Krankheiten bewußt sein, daß unter Umständen, je nach dem Verlaufe, die Ueberführung in eine Irrenanstalt erforderlich werden könne. In solchen Fällen muß die Krankenhausverwaltung als ermächtigt gelten, diese Ueberführung auf Kosten der Kasse zu veranlassen und zu bewirken. Die Kasse muß daher der Verwaltung nicht nur die Kosten des Transports, sondern auch die des amtsärztlichen Gutachtens, von dem die Aufnahme in die Irrenanstalt abhängig war, voll erstatten. (Zu vgl. die Entsch. in Arb.-Vers. 1908 S. 190, 191.)

Verjährung von Kassenleistungen während des Krieges.

3. Nach Cottbus. Antwort: Durch Verordnungen des Bundesrats aus Anlaß des Krieges ist nach der Bekanntmachung vom 4. November 1915 (RGBl. S. 732) in Verbindung mit der Bekanntmachung vom 22. Dezember 1914 (RGBl. S. 548) bestimmt, daß die in §§ 196, 197 BGB. bezeichneten Ansprüche, soweit sie nicht am 22. Dezember 1914 bereits verjährt waren, nicht vor Ende 1916 verjähren und daß dies auch insoweit gilt, als für die Ansprüche die Verjährungsfrist durch andere reichsgesetzliche Vorschriften als die §§ 196, 197 BGB. geregelt ist. Ob der Gläubiger oder der Schuldner Kriegsteilnehmer ist oder nicht, ist dabei gleichgültig. Zu den in den §§ 196, 197 BGB. bezeichneten Forderungen gehört aber der Anspruch auf Sterbegeld gegen eine Krankenkasse nicht. Allenfalls kann man den Anspruch auf Kranken-, Wochen- und Schwangerengeld im Hinblick auf § 210 RVO. zu den Ansprüchen auf „regelmäßig wiederkehrende Leistungen“ im Sinne des § 197 BGB. rechnen; der Anspruch auf Sterbegeld aber ist unter keine der bezeichneten Vorschriften unterzubringen. Gemäß § 223 RVO. ist daher der mit dem Tode der Frau, also am 29. November 1912 entstandene Anspruch auf das Familiensterbegeld mit Ablauf des 29. November 1914 verjährt.

Die Leistungsfähigkeit unterhaltspflichtiger Verwandter schließt die Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 nicht aus.

4. Nach Sondershausen. Antwort: Bei der Frage, ob eine Wöchnerin im Sinne des § 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 als minderbemittelt zu gelten hat, kommen die Vermögensverhältnisse etwa unterhaltspflichtiger Verwandter der Ehefrau oder des Ehemannes nicht in Betracht. Lediglich die des Kriegsteilnehmers und seiner Frau sind zu berücksichtigen.

Lohn oder Unterstützung? Weiterversicherung durch Beitragsleistung.

5. Nach Konstanz. Frage: Ein Mitglied der hiesigen Stadtkapelle ist seinem Verdienst entsprechend seit seiner Anmeldung am 1. Januar 1914 in Lohnklasse III mit einem Anspruch auf ein tägliches Krankengeld von 2 M. versichert. Infolge Einberufung der meisten Mitglieder zum Heeresdienst bei Kriegsausbruch ist diese Kapelle aufgelöst, d. h. sie spielt nicht mehr. Das Einkommen aus dem seitherigen Arbeitsverhältnis besteht nicht mehr. Die Mitglieder erhalten vielmehr nur noch eine vierteljährlich zu zahlende Remuneration von monatlich 16 M. Das Mitglied H. ist im Jahre 1915 erkrankt und hat von uns für 26 Wochen — da uns die vorgenannten Verhältnisse unbekannt waren — Krankengeld mit 366 M. bezogen. Nach Ablauf der Unterstützungszeit hat H. in Bern mehrere Wochen bei einem Konzertunternehmen aufgespielt. Dort erkrankte er wieder und begehrte von uns nach seiner Rückkehr das Krankengeld von 2 M. pro Tag, da die Beiträge für ihn weiter entrichtet worden sind. — Besteht durch die Gewährung der Remuneration, wie die Stadt behauptet, das Beschäftigungsverhältnis weiter? Wenn ja, war die Stadt nicht nach § 318 Abs. 2 RVO. verpflichtet, die Lohnveränderung uns anzuzeigen? Können wir das zu viel gezahlte Kran-

kengeld von 1,50 M. pro Tag gleich 274,50 M. zurückverlangen und event. von wem?

Antwort: Wir nehmen an, daß das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis gelöst war. Die Kapelle war bis auf weiteres aufgelöst, und das Mitglied stand nicht mehr zur Verfügung des früheren Arbeitgebers, wie daraus zu entnehmen ist, daß es in der Lage war, für mehrere Wochen ein anderes Beschäftigungsverhältnis im Ausland einzugehen. Die ihm fortgezahlten 16 M. für den Monat können daher als „Lohn", der ihm etwa für fortdauernde Dienstbereitschaft gezahlt wurde, nicht gelten, sondern es handelt sich um eine reine Unterstützung. Darauf weist auch die Geringfügigkeit des Betrages hin. Da das Krankengeld 2 M. betrug, nehmen wir an, daß der Tagesentgelt durchschnittlich etwa 4 M. betragen hatte, während von den 16 M. etwa 53 Pf. auf den Tag entfallen — ersichtlich eine bloße Unterstützung, nicht ein Lohnbetrag. Das Mitglied ist also aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden und die Versicherung konnte nur nach § 313 RVO. aufrechterhalten werden. Dies ist aber durch die Fortzahlung der Beiträge nicht geschehen. Denn § 313 Abs. 2 Satz 3 setzt voraus, daß die Beiträge von dem Versicherten oder in seinem Auftrage von einem Dritten in der Absicht der Weiterversicherung gezahlt werden (Hahn Anm. 7 zu § 313). Die Stadt aber hat geständlich nicht in dieser Absicht und nicht im Auftrage des Versicherten, sondern in der (irrigen) Meinung, daß die Versicherungspflicht fortdauere, gezahlt. Die Kasse kann daher das zu Unrecht gezahlte Krankengeld von demjenigen, der dadurch bereichert ist, also von dem Empfänger zurückfordern. Die Beiträge behält sie auf Grund des § 397 Abs. 1 RVO.

Ungültige Beiträge zur freiwilligen Erneuerung der Invalidenversicherung.

6. Nach Itzehoe. Frage: Ein Strafanstaltsaufseher wurde im Jahre 1891 als Pflichtversicherter aufgenommen, da ihm zu der Zeit ein Anspruch auf Ruhegehalt nicht zustand. Im Jahre 1902 wurde er etatsmäßig mit der Anwartschaft auf Ruhegehalt angestellt. Die Versicherungspflicht kam somit für ihn in Fortfall; auch die Versicherung freiwillig fortzusetzen, war ohne Zweck, da er nach den Bestimmungen des alten Invalidenversicherungsgesetzes doch nicht in den Bezug einer Invalidenrente kommen konnte. Nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung gestaltete sich dies allerdings anders. Inzwischen war aber die Anwartschaft erloschen; es mußte infolgedessen zu ihrer Wiederauflebung eine Wartezeit von 200 Beitragswochen zurückgelegt werden. Zu diesem Zwecke besorgte sich der Versicherte am 16. Juli 1912 eine neue Quittungskarte. Nach der Reichsversicherungsordnung konnten freiwillige Beiträge rechtsgültig erst vom Ausstellungstage ab verwandt werden, da der Versicherte mit der Beantragung der Karte den Willen zur freiwilligen Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses erst derzeit kundgab. Durch den die Karte ausstellenden Beamten ist der Vermerk: „verwendbar seit dem 1. Januar 1912" (also für rückliegende Zeiten) gemacht worden. Dem Versicherten als Laien konnte nicht zugemutet werden, daß ihm bekannt sei, daß für rückliegende Zeiten freiwillige Beiträge gültig nicht entrichtet werden konnten; er hielt sich an jenen Vermerk und brachte für die vor dem Ausstellungstage, seit dem 1. Januar 1912 liegende Zeit 28 Beitragsmarken bei. Er entrichtete die nachfolgenden Beiträge regelmäßig weiter. Nach Ablauf der Wartezeit von 200 Beitragswochen (zusammen mit den 28 für rückliegende Zeiten verwandten Beiträgen) stellte er Antrag auf Invalidenrente. Von der Landesversicherungsanstalt wurde der Antrag als begründet nicht angesehen, weil jene 28 Marken nicht anerkannt werden konnten. In der Zwischenzeit wurde der Antragsteller ärztlich untersucht und als dauernd invalide im Sinne der Reichsversicherungsordnung angesehen. Der Antrag ist nicht formell abgelehnt, sondern lediglich auf Anheimstellen der Landesversicherungsanstalt vom Antragsteller zurückgezogen. Hierdurch ist der Antragsteller in den Glauben versetzt, daß der Antrag als nicht gestellt angesehen sei und befleißigte sich nunmehr, die fehlenden 28 Beitragsmarken gültig nachzuentrichten. Dies wurde von der Landesversicherungsanstalt bemängelt, da der Antragsteller bereits dauernd invalide sei. — Hätte der Antragsteller nun bis zur Stellung des Antrages die Wartezeit rechtsgültig erfüllt, so hätte ihm der Anspruch auf Invalidenrente zugestanden vom Zeitpunkte des Eintritts der Invalidität, höchstens auf ein Jahr zurück vom Tage der Antragstellung. Angenommen nun, er wäre bereits seit ½ Jahr vor Stellung des Antrages dauernd invalide gewesen, so würden ihm die Beiträge von diesem Zeitpunkt ab bis zur Stellung des Antrages angerechnet, die er leistete, obwohl er invalide bereits war. Wenn nun der Antrag lediglich zurückgenommen, somit als gestellt nicht zu betrachten ist, warum kann er dann nicht die 28 Beiträge beibringen? Denn die Invalidität muß man doch als nicht festgestellt ansehen. Hätte der Antragsteller bei Stellung des Antrages ausdrücklich bemerkt, daß er freiwillige Beiträge für rückliegende Zeiten entrichtet hätte, und mit diesen zusammen nur die Wartezeit von 200 Beitragswochen zurückgelegt, so wäre ihm schon damals anheimgegeben, vor Stellung des Invalidenrentenantrages die 28 fehlenden Beitragsmarken rechtsgültig nachzubringen. Wäre darauf die Stellung des Antrages erfolgt, so wäre die Anwartschaft wieder aufgelebt. Die Invalidität wäre durch ärztliches Gutachten einwandfrei festgestellt worden und dem Antragsteller hätte der Anspruch auf Rente zugestanden. Nunmehr steht er den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung infolge des Versehens des die erste Karte für die freiwillige Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ausstellenden Beamten machtlos gegenüber. Die Zweifelsfrage besteht nun darin, ob der Antrag als rechtsgültig vorhanden angesehen werden muß oder infolge der lediglichen Zurückziehung als nicht gestellt betrachtet werden kann. Kann der Antragsteller in diesem Falle einen Rechtsanspruch gegen den Versicherungsträger geltend machen oder bleibt ihm lediglich die Klage gegen die die unrichtige Karte ausstellende Polizeiverwaltung?

Antwort: Wir glauben nicht, daß dem Antragsteller geholfen werden kann. Nach § 1283 Abs. 1 RVO. lebt die erloschene Anwartschaft durch freiwillige Beitragsleistung nur dann wieder auf, wenn der Versicherte „danach", d. h. nach der Erneuerung des Versicherungsverhältnisses eine Wartezeit von 200 Beitragswochen zurücklegt. Nur bei bereits begründeter Selbstversicherung können

freiwillige Beiträge in den Grenzen des § 1443 für die Vergangenheit entrichtet werden; für die Zeit vor Beginn der Selbstversicherung — hier also für die Zeit vor der Erneuerung des Versicherungsverhältnisses durch freiwillige Beitragsleistung — können Beiträge nicht nachgebracht werden (zu vgl. Hanow-Lehmann Anm. 7c zu § 1443). Die 28 Beiträge für die Zeit vor Ausstellung der Quittungskarte vom 16. Juli 1912 sind daher ungültig. Daß der Antragsteller zu ihrer Verwendung durch den unrichtigen Vermerk des die Karte ausstellenden Beamten veranlaßt worden sein mag, kann die Beiträge nicht gültig machen. Ebenso ungültig aber sind nach § 1443 die Beiträge, die der Antragsteller entrichtet hat, nachdem er bereits invalide war. In dieser Hinsicht ist es ganz gleichgültig, ob man den zurückgenommenen Antrag als „rechtsgültig vorhanden“ oder als „nicht gestellt“ betrachtet. Es mag sein, daß die Invalidität noch nicht festgestellt worden wäre, wenn nicht der Antrag auf Rentenbewilligung gestellt worden wäre. Aber es kommt im Sinne des § 1443 doch nicht auf den Zeitpunkt der Feststellung der Invalidität, sondern auf den Zeitpunkt ihres tatsächlichen Eintritts an, und es ist daher ohne Belang, daß jene Feststellung durch den vorzeitig gestellten Antrag auf Rentenbewilligung veranlaßt worden ist. Die Ablehnung des erneuerten Antrags auf Bewilligung der Invalidenrente ist daher begründet. — Von einem Anspruch auf Schadloshaltung für die entgangene Rente gegen die Polizeiverwaltung oder gegen den Beamten wegen des unrichtigen Vermerks in der Karte kann nicht die Rede sein. Denn dieser Vermerk hat nicht den Verlust des Anspruchs auf Rente, sondern nur die ungültige Verwendung jener 28 Beitragsmarken verursacht, die der Versicherte allerdings nicht mehr zurückfordern kann, weil § 1446 nur für Beiträge gilt, die in der irrigen Annahme der Versicherungs**pflicht** entrichtet worden sind, die Rückforderung der freiwillig geleisteten Beiträge aber nach § 29 Abs. 2 verjährt ist. Es könnte ein Anspruch auf Schadenersatz nur wegen dieser 28 Beiträge in Frage kommen; dabei würde aber immerhin zu erwägen sein, ob nicht auch ein mitwirkendes Verschulden des Versicherten selbst anzunehmen ist (§ 254 BGB.).

Abgabe von Handverkaufsartikeln an Kassenmitglieder ohne Verschreibung. — Entnahme von Mineralwässern aus Apotheken.

7. **Nach Bonn.** Antwort:
a) Bei der Beratung des jetzigen § 376 Abs. 2 RVO. bemerkte ein Regierungsvertreter in der Kommission: „Allerdings hätten die Apotheker bei Abgabe der sogenannten Handverkaufsartikel an Kassenpatienten eine gewisse Mühewaltung, die sie im sonstigen Handverkaufe nicht hätten, weil an Kassenpatienten auch die sogenannten Handverkaufsartikel auf ärztliche Verschreibung abgegeben würden“ (Komm.Ber. II S. 350). Daraus folgt aber selbstverständlich nicht, daß der Apotheker diese Artikel an Kassenmitglieder nur dann abgeben darf, wenn ihm eine ärztliche Verordnung vorgelegt wird. Vielmehr hat er solche einfache Mittel, welche sonst, d. h. nach Ortsgebrauch an das übrige Publikum, ohne ärztliche Verschreibung abgegeben zu werden pflegen (vgl. § 376 Abs. 2), auch an Kassenmitglieder in dieser Weise abzugeben, wenn ihm ein einwandsfreier Bestellschein der Kasse vorgelegt wird.

b) Zu den im § 375 RVO. erwähnten, dem freien Verkehr überlassenen „Arzneimitteln“ gehören alle Mittel, die nicht ausschließlich in Apotheken feilgehalten werden dürfen, also auch Mineralwässer. Auch auf diese bezieht sich daher § 376 Abs. 3.

Anspruch eines kriegsgefangenen Deutschen auf Krankengeld.

8. **Nach Leisnig.** Frage: Haben nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 27. September 1915 Kriegsteilnehmer, die sich weiter versichert haben, Anspruch auf Krankengeld, wenn sie bei oder nach der Verwundung in französische Gefangenschaft geraten und in einem französischen Lazarett verpflegt werden?

Antwort: Es besteht ein Anspruch auf Krankengeld. Denn nach dem Gesetz, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 (Arb.-Vers. 1914 S. 567) besteht das Recht zur Weiterversicherung auch bei einem Aufenthalt im Ausland, wenn dieser durch Einberufung zu Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichem Dienst verursacht ist. Auch wird die Entstehung des Unterstützungsanspruchs durch Aufenthalt im Ausland nicht verhindert. Die Entscheidung vom 27. September 1915 (Arb.-Vers. 1916 S. 56) trifft an sich hier zu, erörtert aber nicht den Einfluß des Aufenthalts im Ausland auf den Anspruch.

a) Sterbegeld bei Feuerbestattung; häusliche Gemeinschaft. — b) Zur Verantwortlichkeit der Kassenangestellten.

9. **Nach Sch.** Antwort: a) Der Beerdigung im Sinne des § 203 RVO. muß die Feuerbestattung, als eine gesetzlich zugelassene Art der Leichenbestattung, gleich geachtet werden. Wenn Hoffmann in Anm. 3 bemerkt, daß das ganze Sterbegeld als Ueberschuß gilt, also der Kasse verbleibt, wenn eine Beerdigung nicht stattfindet, z. B. wenn das Mitglied für tot erklärt oder „verbrannt“ ist, so ist dabei sicher nicht an die Feuerbestattung, sondern an sonstige völlige Zerstörung der Leiche durch Feuer gedacht (vgl. auch Olshausen Anm. 3). Ausdrücklich wird die Gleichstellung der Feuerbestattung mit der Beerdigung befürwortet von Hahn Anm. 1, v. Frankenberg Anm. 2. Aus der gesetzlichen Zulässigkeit dieser Art der Bestattung muß man aber weiter folgern, daß die Kasse demjenigen, der die Bestattung besorgt hat, auch die Bezahlung der — im Vergleiche zur Beerdigung — entstandenen Mehrkosten nicht verweigern darf. Ist dies überdies ein bezugsberechtigter Angehöriger, so hat die Kasse ja ohnehin keinen Anspruch auf den Ueberschuß, und es ist für sie daher gleichgültig, auf wieviel die Bestattungskosten sich belaufen. Im vorliegenden Falle halten wir aber die Ehefrau für bezugsberechtigt, weil sie im Sinne des § 203 beim Tode ihres Mannes mit ihm in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat. Die Eheleute haben einen gemeinsamen Haushalt in Zürich gehabt. Dadurch, daß der Mann, als Reisender, in Ausübung dieses seines Berufes für eine deutsche Firma sich nach Deutschland begab, dort erkrankte und starb, ist die häusliche Gemeinschaft nicht aufgelöst worden. Dies wäre nur dann anzunehmen, wenn die Trennung in der Absicht erfolgt wäre, die Gemeinschaft auch

nach Beseitigung des Trennungsgrundes nicht mehr fortzusetzen (vgl. Entsch. des RVA. in Arb.-Vers. 1915 S. 396, Gründe). Dafür liegt aber nichts vor.

b) Wenn der Kassenvorstand sich von der Richtigkeit der Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Arb.-Vers. 1915 S. 711), daß die Beiträge auch dann nach § 397 Abs. 1 RVO. bis zur Abmeldung fortzuzahlen sind, wenn die Abmeldung noch in der dafür bestimmten Frist erfolgt, nicht überzeugt und wenn der Vorstand demgemäß den Rendanten anweist, die Beiträge in solchen Fällen nach wie vor nur für die Dauer des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses zu berechnen, so hat sich der Rendant zu fügen und die Verantwortung dem Vorstande zu überlassen; ihn selbst trifft dann keine Verantwortung (Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 zu § 359).

Voraussetzung der Kriegswochenhilfe für ein uneheliches Kind.

10. Nach Bremerhaven. Antwort: Sie gehen von irrigen Annahmen aus. Ausdrücklich billigt § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 Wochenhilfe für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers nur dann zu, wenn es auf Grund der Novelle zum Unterstützungsgesetze vom 4. August 1914 unterstützt wird, und diese Unterstützung wieder wird nur dann gewährt, wenn die Verpflichtung des Vaters zur Unterhaltsgewährung „festgestellt", also entweder nach § 1718 BGB. vom Vater in öffentlicher Urkunde anerkannt oder durch Gerichtsurteil außer Zweifel gestellt ist. Wie Sie demgegenüber zu der Auffassung gelangen, daß hiermit nur ein Regelfall bezeichnet, die uneheliche Wöchnerin aber auch in dem Falle anspruchsberechtigt sei, wenn das ihr zum Unterhalt verbliebene Einkommen höchstens 1500 M. betrage, ist unerfindlich, da doch der § 2 Abs. 2 Ziff. 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 sich nur auf Ehefrauen von Kriegsteilnehmern bezieht. Die oben bezeichnete einzige Voraussetzung des Anspruchs für ein uneheliches Kind ist im vorliegenden Falle nicht gegeben, weil es weder auf Grund des Gesetzes vom 4. August 1914 unterstützt wird, noch die Vaterschaft des Kriegsteilnehmers festgestellt ist. Warum das nicht geschieht, ist ganz gleichgültig, und es würde unzulässig und ungehörig sein, einen Druck in der Richtung auszuüben, daß der Kriegsteilnehmer seine angebliche Vaterschaft anerkenne und daß die Wöchnerin dann einen Unterstützungsantrag für das Kind stelle. Wenn die Beteiligten darüber einig sind, dies nicht zu tun, so hat die Krankenkasse kein Recht und keine Möglichkeit, darauf zu dringen.

a) Rückzahlung einer rechtskräftig festgesetzten Geldstrafe. b) Erstattung außergerichtlicher Kosten.

11. Nach B. Antwort: a) Wenn sich nachträglich ergibt, daß die rechtskräftig festgesetzte Geldstrafe wegen Verletzung der Meldepflicht tatsächlich zu Unrecht verhängt worden ist, so halten wir es nicht nur für statthaft, sondern im Sinne der sozialen Gedanken, die das Reichsversicherungsrecht beherrschen, sogar für geboten, daß die Kasse die Strafe niederschlägt oder den bereits eingezogenen Betrag zurückzahlt. Entsprechend hat auch das Reichsversicherungsamt die Berufsgenossenschaften angehalten, Beiträge und Strafen, welche für katastrierte Betriebe erhoben waren, an die Unternehmer zurückzuzahlen, wenn sich nachträglich herausstellte, daß die Betriebe gar nicht versicherungspflichtig waren (Handb. der Unf.Vers. I S. 449 Anm. 4 Abs. 2 zu § 59 GUVG.).

b) Auslagen für Schriftsätze und Porto gehören zu den außergerichtlichen Kosten, welche die obsiegende Partei nur dann von der unterliegenden erstattet verlangen kann, wenn sie in der Entscheidung auferlegt und der Höhe nach festgesetzt sind (§ 1670 RVO.).

Zur Krankenversicherungspflicht von Hilfszollaufsehern.

12. O. 40. Antwort: Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß Hilfszollaufseher, die gegen ein Tagesentgelt von 3 bis 3,50 M. beschäftigt werden, krankenversicherungspflichtig sind. Dadurch, daß sie früher einen anderen Beruf ausübten und diesen wieder aufzunehmen gedenken, sobald sich ihre wirtschaftlichen Verhältnisse bessern, wird ihre jetzige Tätigkeit noch nicht zum Nebenberuf; hierbei kann es unentschieden bleiben, ob sie überhaupt als Angestellte in gehobener Stellung zu betrachten sind. Auch besteht nicht Versicherungsfreiheit nach Ziff. 3 der Bekanntmachung vom 17. November 1913 über vorübergehende Dienstleistungen, und zwar schon deshalb nicht, weil ein Entgelt von 3 M. täglich nicht als geringfügig angesehen werden kann.

Anspruch auf Ersatz aus der Unfallentschädigung, wenn das Mitglied einer Zwangskrankenkasse zugleich bei einer Privatkrankenkasse versichert ist.

13. Nach Erfurt. Antwort: Die von Ihnen angeführte Entscheidung des Reichsversicherungsamts in „Berufsgenossenschaft" 196 S. 24, 25 finden Sie in Arb.-Vers. 1916 Heft 1 S. 13. Ganz klar ist dort ausgeführt, es sei nicht ersichtlich, weshalb den Ersatzkassen, soweit sie nur Zuschußkassen sind, aus der Unfallentschädigung ein Ersatzanspruch (aus § 1528 RVO.) zustehen sollte, der den sonstigen Unterstützungskassen versagt ist. Solche Unterstützungskassen, mögen sie ehemalige freie Hilfskassen oder irgendwelche andere Privatkrankenkassen sein, haben also keinen Anspruch auf Ersatz aus der Unfallentschädigung. Ist der Versicherte bei einer solchen Kasse und bei einer Zwangskasse versichert, so steht der Anspruch nur der letzteren zu.

Anspruch des weiterversicherten, arbeitsunfähigen Kriegsteilnehmers auf Krankengeld.

14. Nach G. Freiwillig weiterversicherte Kriegsteilnehmer haben im Falle der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld zu beanspruchen (vergl. RVA. in der Arb.-Vers. S. 56). Dieser Anspruch wird auch dadurch nicht ausgeschlossen, daß er im Militärlazarett Verpflegung erhält. Die Entscheidung vom 11. Dezember 1915 (Arb.-Vers. S. 129) kommt nicht in Frage, da nicht ein Anspruch aus § 214 geltend gemacht wird; denn der Kriegsteilnehmer war ja bei seiner Erkrankung noch Mitglied der Kasse.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1132 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. April 1916 | Heft 10

Wie ist die Rückforderung zu Unrecht gewährter Leistungen aus der Krankenversicherung geltend zu machen?

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Das Reichsversicherungsamt hat in einer grundsätzlichen Entscheidung vom 23. November 1914 (Amtl. Nachr. 1915 S. 764, Arb.-Vers. 1916 S. 34) ausgesprochen, daß zu Unrecht gewährte Leistungen von dem Unterstützten nur durch Klage im ordentlichen Rechtswege zurückgefordert werden könnten, so daß das Spruchverfahren nach §§ 1636 ff. RVO. nicht zulässig sei. Hahn hat auf S. 96 des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift die Entscheidung und ihre Begründung bemängelt. Da die Auffassung des Reichsversicherungsamts mit der von mir vertretenen Ansicht (s. Anm. 5 zu § 224 in meinem Kommentar zur RVO. II. Band, Zentralblatt der Reichsversicherung 1916 S. 9) übereinstimmt und sich die Ausstellungen Hahns somit auch gegen meine Ansicht richten, so möchte ich nicht unterlassen, mit einigen Worten zu der Streitfrage Stellung zu nehmen, zumal Hahn sowohl dem Reichsversicherungsamt als auch mir den Vorwurf einer nicht ausreichenden Begründung macht.

Das Reichsversicherungsamt hat die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden für Streitigkeiten wegen Rückforderung zu Unrecht gewährter Leistungen von Unterstützten um deswillen verneint, weil es sich nicht um Ansprüche im Sinne des § 1551 Abs. 1 RVO. handele; denn hierunter fielen nur Ansprüche der Berechtigten gegen die Kassen und andere Träger der Fürsorge. Aber auch § 1551 Abs. 2, 3, 4 RVO. treffe nicht zu, da Rückzahlungen zu Unrecht gewährter Kassenleistungen nicht zu den dort bezeichneten Leistungen gehörten, die als Leistungen der Krankenversicherung gälten. Auch die Vorschrift des § 224 RVO. sei nicht anwendbar, denn diese betreffe nach ihrem Wortlaut nur Ansprüche, die Kassen gegeneinander oder in den Fällen des im § 224 Nr. 1 erwähnten § 222 RVO. Arbeitgeber gegen Kassen erhöben. Hahn meint dagegen, daß sedes materiae ausschließlich der § 1636 RVO. sei, wonach bei Streit über die Leistungen auf Antrag in erster Instanz der Beschlußausschuß des Versicherungsamts zu entscheiden habe. Der § 1551 Abs. 1 RVO., bei dem es sich zweifellos nur um Ansprüche der Berechtigten gegen Kassen und andere Träger der Fürsorge handle, käme allerdings nicht in Betracht, aber es handle sich um einen Streit, der entstanden sei, nachdem ein solcher Antrag vom Berechtigten gestellt und von der Kasse bewilligt und befriedigt worden sei. Der Wortlaut des § 1636 RVO. stehe der Anwendung des Spruchverfahrens auf Streitigkeiten wegen Rückforderung zu Unrecht gewährter Unterstützungen nicht entgegen, denn er spreche nicht von einem „Streit

über einen Anspruch auf Leistungen", sondern von „Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung" und ein solcher liege nicht nur vor, wenn der Anspruch auf die Gewährung der Leistungen gerichtet sei, sondern auch dann, wenn die Bestreitung eines solchen Anspruchs den Grund der Rückforderung bilde, wobei es ohne Bedeutung sei, daß zur Rechtfertigung der Rückforderung noch das besondere Moment der Bereicherung im Sinne der §§ 812 ff. BGB. hinzukommen müsse. Daß der Antrag auf Entscheidung von dem, der die Leistungen beanspruche, ausgehen müsse, sage § 1636 RVO. nicht. Diesen Ausführungen ist entgegenzuhalten, daß der § 1636 RVO. nicht für sich allein, sondern nur im Zusammenhang mit den vorangegangenen §§ 1545, 1551 RVO. betrachtet werden darf. Der Abschnitt A des sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung handelt im Gegensatz zu Abschnitt B, der sich auf „andere Spruchsachen" bezieht, ausschließlich von der Feststellung der Leistungen. Der erste Abschnitt „Feststellung durch die Versicherungsträger" beginnt mit „I. Einleitung des Verfahrens" und mit § 1545, der lautet:

„Die Leistungen aus der Reichsversicherung sind festzustellen, und zwar:

1. auf dem Gebiete der Unfallversicherung von Amtswegen,
2. im übrigen auf Antrag.

Die Feststellung ist zu beschleunigen."

Hieraus ergibt sich die grundlegende Bedeutung des an die Spitze gestellten § 1545, der das ganze Verfahren auf Feststellung der Leistungen einleitet. Alle nachfolgenden Vorschriften im Abschnitt A handeln danach nur von dem Verfahren bei Feststellung der Leistungen. Der § 1636 RVO. schließt sich dann an den § 1551 an, dessen Abs. 1 bestimmt:

„Anträge auf Leistungen der Krankenversicherung sind bei der Krankenkasse oder dem sonst Verpflichteten zu stellen."

Hiermit im Zusammenhang muß dann der § 1636 RVO. verstanden werden, mit anderen Worten, der Streit über Leistungen aus der Krankenversicherung, über den nach dieser Vorschrift das Versicherungsamt zu entscheiden hat, kann nur dadurch entstehen und eingeleitet werden, daß der Anspruchsberechtigte einen Antrag auf Gewährung der Leistungen bei der Krankenkasse gestellt und daß der Vorstand diesen Anspruch abgelehnt oder nicht voll befriedigt hat. Hieraus folgt mit zwingender Notwendigkeit, daß in dem auf Grund des § 1636 einsetzenden Streitverfahren Beklagter nur der Versicherungsträger und Kläger nur das Kassenmitglied sein kann, vorbehaltlich der aus § 1551 Abs. 2, 3 sich ergebenden Modifikationen.

Der von Hahn verteidigte Grundsatz, daß die Umkehrung der Parteirollen nicht zu einer Aenderung der durch Normen öffentlichen Rechts vorgesehenen Behördenzuständigkeit führen dürfe, wenn sich der Kern des Streites nicht ändere, kann für das Verfahren bei Feststellung der Leistungen deshalb keine Anwendung finden, weil hier durch das dem Streitverfahren vorangehende Antragsverfahren die Parteirollen unabänderlich festgelegt sind. Ueber den Grundsatz ließe sich allenfalls reden, wenn an anderer Stelle des Gesetzes, etwa im § 224 unter Nr. 3 bestimmt wäre, daß über Ansprüche auf Kassenleistungen im Spruchverfahren zu entscheiden sei. Das ist aber nicht der Fall, vielmehr ist für das Verfahren bei Gewährung der Leistungen aus der Versicherung ein besonderes Spruchverfahren vorgesehen, das für andere Verhältnisse nicht paßt. Und aus diesem Grunde kann nichts aus der Praxis des Krankenversicherungsgesetzes für die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden bei Streitigkeiten wegen Rückforderung zu Unrecht gewährter Leistungen hergeleitet werden. Das Krankenversicherungsgesetz beschränkte sich darauf, die Behörden zu bezeichnen, die für die Erledigung der Streitigkeiten über Ansprüche aus der Krankenversicherung zuständig waren und sah von jeder Regelung des dabei zu beobachtenden Verfahrens ab. Daraus ergab sich von selbst, daß auch auf dieses Verfahren die sonst in der Rechtsprechung üblichen Ansichten und

Grundsätze unbedenklich Anwendung finden konnten. Dabei darf jedoch nicht unerwähnt bleiben, daß sich das preußische Oberverwaltungsgericht niemals zu dem Grundsatze bekannt hat, daß die Umkehrung der Parteirollen bei gleichbleibendem Streitgegenstande unerheblich sei. Während Streitigkeiten zwischen Armenverbänden und Krankenkassen wegen Ersatz der an ein hilfsbedürftiges Kassenmitglied gewährten Armenunterstützung aus den Kassenleistungen in Preußen im Verwaltungsstreitverfahren entschieden wurden, hat das Oberverwaltungsgericht dieses Verfahren für ausgeschlossen erklärt, wenn eine Kasse den an einen Armenverband gezahlten Ersatz zurückfordern will, weil sich herausgestellt hat, daß der Unterstützte keinen Anspruch auf Krankenunterstützung hatte, z. B. weil er infolge eines mißglückten Arbeitsversuchs nicht Mitglied der Kasse geworden war; vgl. Entsch. vom 10. April 1890 (Bd. 19 S. 343) vom 23. Januar 1902 (Arb.-Vers. S. 411) und vom 8. Oktober 1903 (Arb.-Vers. 1904 S. 130). Dieser Auffassung ist auch neuerdings der preußische Gerichtshof zur Entscheidung von Kompetenzkonflikten in einer Entscheidung vom 10. Oktober 1915 beigetreten. Ebenso hat das preußische Oberverwaltungsgericht das Verwaltungsstreitverfahren wegen Ersatzes zu Unrecht gewährter Leistungen zwischen Krankenkassen (§ 58 Abs. 2 KVG.) für unzulässig erklärt, wenn eine Kasse einer anderen für die gewährte Unterstützung Ersatz geleistet hat und sich herausstellt, daß der Unterstützte weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt, insbesondere auch nicht Mitglied der ersatzpflichtig gemachten Kasse ist. In solchem Falle sollte sie das Geleistete nur im ordentlichen Rechtswege zurückverlangen können; vgl. Entsch. vom 23. September 1901 (Bd. 40 S. 355). Hatte eine Krankenkasse gemäß § 57a KVG. dem Mitglied einer anderen Kasse auf Ersuchen oder bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirks Krankenunterstützung gewährt, so war nach § 58 Abs. 2 KVG. der Ersatzanspruch im Verwaltungsstreitverfahren geltend zu machen. Nach der Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 16. Dezember 1909 (Bd. 56 S. 388) war das Verwaltungsstreitverfahren nicht zulässig, wenn die ersuchte Kasse oder die Kasse des vorübergehenden Aufenthalts das, was sie von der anderen Kasse erstattet erhalten hatte, zurückgeben sollte, weil die unterstützte Person weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt oder auch nicht Mitglied der erstattenden Kasse war. Auch das Reichsgericht hat den Grundsatz, daß bei einer Streitigkeit, deren Gegenstand eine Leistung des öffentlichen Rechts bildet, es für die Zuständigkeit unerheblich sei, wenn für den Rechtsstreit ein anderer Rechtsgrund hinzukomme oder an die Stelle des bisherigen trete, jedenfalls nicht gleichmäßig anerkannt. Während Streitigkeiten zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten über die Berechnung und Anrechnung von Beitragsteilen für die Krankenversicherung durch die Gewerbegerichte entschieden wurden (§ 53a KVG.), sind nach der Entscheidung des Reichsgerichts vom 15. April 1902 (Bd. 51 S. 193) die ordentlichen Gerichte zuständig, wenn sich der Streit zwischen dem Arbeitgeber und dem Rechtsnachfolger des Beschäftigten abspielt. Hahn hat diese Auffassung bereits im Verwaltungsarchiv 1912 S. 296 bekämpft, das Reichsversicherungsamt hat sich aber im Prinzip auf den gleichen Standpunkt gestellt, indem es in der Entscheidung vom 23. März 1914 (Amtl. Nachr. S. 634) zum Ausdruck gebracht hat, daß das Spruchverfahren nach §§ 1540, 1771 ff. RVO. ausgeschlossen ist, soweit sich der Ersatzanspruch des Armenverbandes auf einen bürgerlich-rechtlichen Abtretungsvertrag stützt.

Daß die ordentlichen Gerichte neben den Verwaltungsgerichten, über die gleichen Rechts- und Zweifelsfragen urteilen zu müssen, in die Lage kommen können, ist von jeher, namentlich auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung, als schwerer Mißstand empfunden. Nachdem bei der Reichsversicherungsordnung auf eine noch weitergehendere Ausschaltung der ordentlichen Gerichte Be-

dacht genommen ist, muß diese doppelte Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte und der Versicherungsbehörden erst recht beanstandet werden. Abhilfe kann hier selbstredend nur eine Aenderung des Gesetzes bringen; denn daß das Reichsversicherungsamt, das nach Angabe Hahns in zwei zeitlich weit auseinanderliegenden Entscheidungen den gleichen Standpunkt vertreten hat, eine andere Beurteilung der Rechtsfrage im Sinne Hahns eintreten lassen sollte, erscheint völlig ausgeschlossen. Die erforderliche Aenderung oder Ergänzung des Gesetzes würde in einfacher Weise dadurch zu erzielen sein, daß im § 224 RVO. als Nr. 3 aufgeführt würde: „Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen zwischen Kassen und Unterstützten". Alsdann würde die Entscheidung im Spruchverfahren nach §§ 1771 ff. zu erfolgen haben, wohin diese Streitigkeiten auch gehören. Immerhin bleibt zu prüfen, ob hier die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte schlechthin ausgeschlossen werden sollte, nicht nur in den Fällen, in denen eine versicherte Person zuviel Unterstützung erhalten hat, sondern auch dann, wenn eine weder versicherungspflichtige noch versicherungsberechtigte Person, also jemand, der mit der Versicherung nichts zu tun, unterstützt worden ist. Streng genommen gehören Streitigkeiten der zuletzt bezeichneten Art nicht vor die Versicherungsbehörden.

Was die praktische Bedeutung der Frage anlangt, so ist zu beachten, daß die ordentlichen Gerichte trotz der Entscheidung des Reichsversicherungsamts ihre Zuständigkeit selbständig zu prüfen haben und daher zu dem Ergebnis kommen können, daß auch die Klage im ordentlichen Rechtsweg ausgeschlossen ist. Alsdann würden, wie Hahn auch hervorhebt, die Kassen zusehen, wie sie Ersatz für ihre unbegründeten Ausgaben erlangen können. Ein besonders empfindlicher Nachteil kann aber im Falle eines negativen Kompetenzkonfliktes für die Kassen nicht entstehen, weil im Hinblick auf die weite Ausdehnung des Versicherungszwanges durch die Reichsversicherungsordnung die Unterstützung einer Person, die weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt ist, zu den größten Seltenheiten gehören wird. Ist aber der Unterstützte Mitglied einer anderen Kasse, so wird die Kasse, die die Kassenleistungen zu Unrecht gewährt hat, es vorziehen, Ersatz von der anderen Kasse auf dem in § 224 Nr. 2 RVO. bezeichneten Wege zu erlangen.

Die Unbequemlichkeiten, die daraus für die Kassen entstehen, sind bei weitem nicht so hoch anzuschlagen, wie die Schwierigkeiten, die den Arbeitgebern oder den Versicherten dadurch erwachsen, daß sie bei Aufhören des Beschäftigungsverhältnisses Streit über die Berechnung und Anrechnung ihrer Beitragsteile vor den ordentlichen Gerichten zum Austrag bringen müssen, weil § 405 Abs. 1 RVO. nur von Streit „zwischen dem Arbeitgeber und seinen Beschäftigten" spricht. Gerade Hahn vertritt hier die Ansicht, daß nach der Wortfassung des Abs. 1 a. a. O. die Versicherungsbehörden nicht zuständig seien, wenn das Beschäftigungsverhältnis gelöst sei, zumal die Vorschrift im Hinblick auf ihren Zweck, eine einfache und schnelle Regelung zwischen den an Beschäftigungsverhältnisse Beteiligten zu ermöglichen, eng ausgelegt werden müsse. Auch der Vergleich mit dem Abs. 2, wo von dem „Versicherten" und dem „bisher Versicherten" die Rede sei, weise darauf hin, Streitigkeiten zwischen dem Arbeitgeber und dem „bisher Beschäftigten" den Versicherungsbehörden zu entziehen. Eine zwingende Notwendigkeit zu dieser Auslegung, deren Ergebnis von den Beteiligten kaum recht verstanden werden wird, besteht gerade nicht. Allein auch dieser Fall führt dahin, sich grundsätzlich bei Prüfung der Frage nach der Zulässigkeit des Spruchverfahrens und der Zuständigkeit der Versicherungsbehörden an den Wortlaut des Gesetzes zu halten und praktische Erwägungen zurückzustellen. Das wird selbst in den Fällen nötig sein, in denen durch ein offenbares Versehen die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte erhalten geblieben und ein Grund für diese Regelung gar nicht zu finden ist.

Neben den Zweifeln an der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte oder der Versiche-

rungsbehörden gibt es noch eine Reihe von Fällen, in denen Streit darüber besteht, ob auf Beschwerde die oberste Verwaltungsbehörde oder das Reichsversicherungsamt zu entscheiden hat. Die oberste Verwaltungsbehörde ist nur Beschwerdeinstanz, wo das Gesetz es ausdrücklich vorschreibt. Das Reichsversicherungsamt hat aber, obwohl eine abweichende Regelung fehlt, seine Zuständigkeit überall da verneint, wo eine abweichende Regelung des Rechtsmittelzuges am Platze gewesen wäre. Die Zuständigkeit der obersten Verwaltungsbehörde wird dadurch allerdings nicht begründet, so daß jede Möglichkeit für eine Rechtsbeschwerde fehlt. Auch hier wird die „Novelle zur Reichsversicherungsordnung" das Versäumte nachzuholen haben.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Hebammen, auch Kreishebammen sind nicht versicherungspflichtig.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 24. September 1915.

Der Rentenausschuß hat durch Beschluß vom 22. Juni 1914 die Versicherungspflicht von 33 Kreishebammen des Kreises J. nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte bejaht. (Arb.-Vers. 1915 S. 616). Der Vorsitzende des Kreisausschusses hat dagegen Beschwerde eingelegt. Die Reichsversicherungsanstalt hat Abgabe der Sache an das Oberschiedsgericht gemäß § 210 des Versicherungsgesetzes für Angestellte beantragt. Dem hat das Schiedsgericht entsprochen und sein Gutachten dahin erstattet, daß der Beschluß des Rentenausschusses zutreffend sei. Das Oberschiedsgericht hat aber die Beschwerde für begründet erachtet und festgestellt, daß 33 Kreishebammen nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig seien. Aus folgenden Gründen.

Die Bestellung der beteiligten Kreishebammen beruht auf einem Statut des Kreistags des Kreises J. vom 1. April 1911. In diesem Statut ist bestimmt, daß der Kreis in gesetzlichem Sinne einen einheitlichen Hebammenbezirk bildet, daß die für diesen Bezirk erforderlichen Hebammen vom Kreisausschuß angestellt werden und die Bezeichnung Kreishebammen erhalten. Ueber die den Kreishebammen anzuweisenden Wohnorte beschließt der Kreisausschuß nach näherer Bestimmung des Statuts. Die Anstellung der Kreishebammen erfolgt nach Anhörung des Kreisarztes mittels eines ihre Rechte und Pflichten festsetzenden Vertrags. Der Kreishebamme steht eine Kündigung dieses Vertrags nur für den Schluß eines Kalendervierteljahrs unter Einhaltung einer sechswöchigen Kündigungsfrist zu.

§ 4 bestimmt:

Den Kreishebammen ist im Anstellungsvertrage die Pflicht aufzuerlegen, ihren Beruf den Bestimmungen dieses Statuts sowie den Vertragsbedingungen gemäß treu auszuüben und insbesondere jeder ihrer Hilfe bedürftigen Person, zu der sie gerufen werden, berufsmäßigen Beistand zu leisten.

Die Kreishebammen sind ferner zu verpflichten:

a) nach jedem Wochenbett den Zahlungspflichtigen eine schriftliche Rechnung zu übermitteln, bei deren Ausstellung unter die Mindestgrenze der jeweilig gültigen Gebührenordnung nicht heruntergegangen werden darf,

b) bei der Aufsicht über die Pflege und Ernährung der Neugeborenen und bei den Maßnahmen zur Verminderung der Säuglingssterblichkeit nach den Bestimmungen des Kreisausschusses unter Anleitung des Kreisarztes mitzuwirken,

c) außerordentliche Revisionen des Kreisarztes in ihrer Wohnung oder in ihrer Praxis durch Willigkeit und Gehorsam möglichst zu erleichtern."

Nach den §§ 6 und 7 des Statuts werden den Kreishebammen für die Teilnahme an den vorgeschriebenen Fortbildungskursen und für die Teilnahme an den Nachprüfungen gewisse Beiträge bewilligt.

§ 8 sieht eine Altersversorgung vor, welche berufsunfähigen Kreishebammen im Falle mindestens zwanzigjähriger im Kreise J. abgeleisteter Dienstzeit in Höhe von 200 M. jährlich gewährt wird; im Falle geringerer, aber mehr als zehnjähriger Dienstzeit unterliegt die Gewährung und Festsetzung der Höhe der Altersversorgung dem Ermessen des Kreisausschusses.

Nach § 9 müssen sich sämtliche Kreishebammen bei der Gemeinde-Krankenversicherung für den Kreiskommunalverband J. versichern. Die hierdurch entstehenden Kosten werden zu einem Drittel auf Kreisfonds übernommen. Ferner sind sämtliche im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes ver-

sicherungsberechtigten Kreishebammen verpflichtet, sich mindestens in der Lohnklasse III zu versichern. Die hierdurch entstehenden Kosten trägt der Kreis zur Hälfte.

Die zur ordnungsmäßigen Ausübung des Hebammenberufs und zur Fortbildung in diesem Berufe zweckdienlichen Bücher und Zeitschriften liefert der Kreis den Hebammen unentgeltlich. Die Kosten für Instrumente, Geräte und Desinfektionsmittel dagegen müssen die Kreishebammen selbst tragen, wie eine Aeußerung des Kreisausschusses vom 19. Januar 1914 ergibt. § 11 sieht die Verhängung von Verweisen oder von Geldbußen bis zur Höhe von 30 M. für den Fall von Verstößen gegen die vertragsmäßigen Verpflichtungen sowie ein sofortiges Kündigungsrecht bei wiederholter Bestrafung vor.

Demgemäß lautet auch der mit den einzelnen Kreishebammen geschlossene Vertrag.

Nach einer Auskunft des Regierungspräsidenten zu X. vom 27. Februar 1913 steht den Kreishebammen auf Grund des Statuts eine Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente im Sinne des § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht zu. Ebenso ergibt der Inhalt des Statuts und des Vertrags, daß den Kreishebammen ein Mindesteinkommen vom Kreise nicht gewährleistet ist. Ihre Vergütung beziehen sie vielmehr lediglich von denjenigen Personen, welche ihre Hilfe in Anspruch nehmen. Es ist hierfür maßgebend das preußische Gesetz, betreffend die Gebühren der Hebammen vom 10. Mai 1908 (Gesetzsammlung S. 103), wonach die Vergütung für die berufsmäßigen Dienstleistungen der Hebammen sich nach einer von dem Regierungspräsidenten festzusetzenden Gebührenordnung richtet. Diese Gebührenordnung kann für Kreise oder Ortschaften verschieden bemessen werden. Bei Streitigkeiten ist, soweit es sich um Bezirkshebammen in einem Landkreise handelt, eine Festsetzung der Gebühr im Verwaltungswege und die Beitreibung im Verwaltungszwangsverfahren durch den Kreisausschuß zulässig. Hierauf ist im § 5 des Statuts für den Kreis J. ausdrücklich Bezug genommen.

Nach dieser Regelung der Dienststellung der Kreishebammen kann unter Berücksichtigung der geltenden gesetzlichen Grundlagen für das Hebammenwesen eine Versicherungspflicht im Sinne des Angestelltenversicherungsgesetzes nicht anerkannt werden. Gemäß § 1 Abs. 3 des Angestelltenversicherungsgesetzes ist Voraussetzung der Versicherung für alle in Abs. 1 aufgeführten Gruppen von Personen, daß sie gegen Entgelt als Angestellte beschäftigt werden. Zum Entgelt im Sinne dieses Gesetzes gehören nach § 2 neben Gehalt oder Lohn auch andere Bezüge, die der Versicherte statt des Gehalts oder Lohnes oder neben ihm von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält. Es ist hiernach sehr wohl möglich, eine versicherungspflichtige Beschäftigung auch dann anzuerkennen, wenn der Entgelt nicht von dem eigentlichen Arbeitgeber, sondern von Dritten gewissermaßen für Rechnung des Arbeitgebers hergegeben wird. Hierunter fallen namentlich die Gebühren, auf die manche Arten von Angestellten anstatt fester Besoldung angewiesen zu werden pflegen (zu vgl. Nr 21 der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912, AN. des RVA. 1912 S. 720 ff).

Immerhin ist ein wirkliches Anstellungsverhältnis erforderlich und hierunter fällt nicht jedes eine Arbeitspflicht begründende Rechtsverhältnis. Es gibt zahlreiche Personen, welche von Gemeinden und anderen Behörden zur sachgemäßen Leistung gewisser Dienste öffentlich bestellt und verpflichtet werden, trotzdem aber als selbständige Erwerbstätige aufzufassen sind.. Maßgebend hierfür ist, daß sie bei Ausübung ihres Berufs im einzelnen nicht von den Weisungen der Anstellungsbehörde abhängig sind und nicht deren Geschäft besorgen, sondern den privaten Auftraggebern frei gegenüber stehen. Dies ergibt sich für die Hebammen sowohl im allgemeinen als auch für solche, die als Berzirks- oder Kreishebammen von Behörden oder Gemeindeverbänden angestellt werden, aus der Art ihrer Tätigkeit und aus der gesetzlichen Gestaltung ihrer Stellung.

Da die Geburtshilfe unter den Begriff der Heilkunde fällt, so gilt die Gewerbeordnung für das Hebammenwesen nur insoweit, als sie ausdrückliche Vorschriften darüber enthält (zu vgl. § 6 GO.). Die Gewerbeordnung selbst bestimmt in § 30 Abs. 3 nur, daß Hebammen eines Prüfungszeugnisses der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde bedürfen. Die Regelung des Hebammenwesens ist also im wesentlichen der Landesgesetzgebung überlassen. Für Preußen ist diese Regelung erfolgt durch die allgemeine Verfügung vom 6. August 1883, betreffend das Hebammenwesen (Ministerialblatt S. 211). Diese Verfügung regelt einerseits die Ausbildung und Prüfung der Hebammen, sie unterwirft auf der anderen Seite die Hebammen der Aufsicht des Kreisarztes und legt ihnen bestimmte Verpflichtungen auf, namentlich den Besitz der erforderlichen, in gutem Zustand zu erhaltenden Instrumente und Geräte sowie die Verpflichtung zu einer alle drei Jahre sich wiederholenden Nachprüfung.

Mit Rücksicht auf das Bedürfnis, auch die ärmeren und dünn bevölkerten Gegenden des platten Landes mit Hebammen zu versorgen, sieht die Verfügung ferner die Anstellung von Bezirkshebammen vor. Die nähere Regelung ist in den §§ 8 ff. der Verfügung enthalten. § 7 sieht vor, daß die Polizeiverwaltungsbehörden in der Regel bestimmte Hebammenbezirke abzugrenzen und an-

zuordnen haben, welche Zahl von Bezirkshebammen mit Rücksicht auf die Verhältnisse des Bezirkes anzustellen sind. Die Anstellung selbst erfolgt durch besonderen Vertrag. In diesem übernimmt einerseits die Hebamme die Verpflichtung, die Entbindung zahlungsunfähiger Personen ihres Bezirkes sowie die erforderliche Pflege der Mütter und neugeborenen Kinder unentgeltlich zu besorgen, anderseits wird ihr von dem Bezirk ein festes Diensteinkommen, eine jährliche Remuneration und, soweit erforderlich, die Gewährung einer angemessenen Wohnung sowie für den Fall der Dienstunfähigkeit und der Kündigung seitens des Verbandes nach Zurücklegung einer bestimmten Dienstzeit eine laufende Unterstützung, endlich die unentgeltliche Beschaffung der erforderlichen Instrumente, Geräte, Bücher und Desinfektionsmittel und die Gewährung angemessener Tagegelder und Reisekosten für die Nachprüfungen zugesichert.

Das vorliegende Statut hat hieraus lediglich die unentgeltliche Beschaffung der erforderlichen Bücher und Zeitschriften, die Altersunterstützung und die Tagegelder für die Nachprüfungen entnommen, dagegen fehlt sowohl die Verpflichtung der Hebamme zur unentgeltlichen Behandlung zahlungsunfähiger Personen als die Zusicherung bestimmter Diensteinnahmen.

Auch bei den Bezirkshebammen im Sinne der §§ 7 ff. der allgemeinen Verfügung vom 6. Aug. 1883 liegt ein versicherungspflichtiges Anstellungsverhältnis nicht vor. Es handelt sich hierbei lediglich um eine vorwiegend im öffentlichen Interesse zur Pflege der Volksgesundheit getroffene Regelung einzelner Punkte der Stellung der Hebammen, dagegen um keine Beschränkung ihrer Selbständigkeit, die einen so hohen Grad erreicht, daß man danach von einem Anstellungsverhältnis sprechen könnte. Noch weniger kann dies bei dem vorliegenden Verhältnis angenommen werden. Vielmehr ist die Auffassung des Kreisausschusses als zutreffend anzuerkennen, daß die nach dem Statut den Kreishebammen auferlegten Pflichten und die ihnen gewährten Rechte nur als Zulassungsbedingungen und Wirkungen der obrigkeitlichen Aufsicht über das Hebammenwesen anzusehen sind und daß der Hauptgesichtspunkt bei der Regelung der Angelegenheit die Versorgung der Hebammen gegen Krankheit, Alter und Invalidität gewesen ist. Die Bezüge, welche den Hebammen nach dem Statut zukommen, sind schon wegen ihrer geringen Höhe als Vergütung für ihre Tätigkeit nicht anzusehen. Sie sind an bestimmte Voraussetzungen geknüpft und beziehen sich lediglich auf besondere Verhältnisse, namentlich auf die Teilnahme an den Fortbildungskursen und an den Nachprüfungen. Auch die bei längerer Dienstzeit in Aussicht gestellte Altersversorgung dient lediglich dazu, die im öffentlichen Interesse wünschenswerte gleichmäßige Verteilung der Hebammen auch in ärmeren und schwach bevölkerten Gegenden zu fördern und dienstunfähig gewordenen Hebammen die Aufgabe ihres Berufs zu erleichtern.

Hiernach ist für die vorliegenden Verträge auch das Vorhandensein eines Entgelts im Sinne der §§ 1 und 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes zu verneinen.

Diese Auffassung deckt sich mit der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (zu vgl. Nr. 11 und 71 der erwähnten Anleitung vom 26. April 1912). Auch hier wird der Stellung der Hebammen der Charakter einer unabhängigen Berufsstellung auch dann beigemessen, wenn sie als Gemeinde- oder Bezirkshebammen mit ähnlichen Rechten und Verpflichtungen bestellt sind, wie sie die §§ 8 ff. der allgemeinen Verfügung vom 6. August 1883 vorsehen. (Zu vgl. die Rev.Entsch 73 und 1731, AN. des RVA. — J. u. A. V. — 1891 S. 178 und 1913 S. 561, ferner die ähnlichen Fälle behandelnden Revisionsentscheidungen 762, 763, AN. des RVA. 1899 S. 627 und 629; endlich die Entscheidung des Badischen Verwaltungsgerichtshofs vom 9. Mai 1911, bei Reger Bd. 31 S. 496.)

Zu vgl. unsere hiermit übereinstimmenden Auskünfte in Arb.-Vers. 1914 S. 293 Ziff. 1, 1915 S. 838, wo auch darauf hingewiesen ist, daß für die Kranken- und Invalidenversicherung nichts anderes gelten kann, als für die Angestelltenversicherung.

B. Zur Krankenversicherung.

Ersatzanspruch des Armenverbandes aus den Leistungen der Kriegswochenhilfe.

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts Stadt Görlitz** vom 22. November 1915; b) des **Oberversicherungsamts Liegnitz** vom 5. Februar 1916.

a)

Die ledige Arbeiterin M., Mitglied der beklagten Kasse, ist am 23. August 1915 im Krankenhause von einem Kinde entbunden worden; dort ist sie im Wege der Armenpflege vom 10. August bis 14. September behandelt und verpflegt worden. Das ihr satzungsgemäß gebührende Wochengeld beträgt täglich 1,05 M. Kriegsunterstützung ist ihr für das Kind nicht bewilligt worden. Die Kosten der Krankenhauspflege belaufen sich auf 108,60 M. Unter den Parteien ist streitig, was dem klagenden Armenverbande (Magistrat) von der beklagten Kasse zu ersetzen ist. Die Beklagte hat erstattet: 15 M. Entbindungsbeihilfe und 24,15 M. Wochengeld

für 23 Tage vom 23. August ab. Der Armenverband beansprucht noch 10 M. Rest der Kriegsentbindungsbeihilfe und 13,45 M. Wochengeld für 13 Tage vor der Entbindung. Die beklagte Kasse hat Abweisung beantragt, weil mehr als 15 M. Entbindungskosten nicht entstanden seien; Wochengeld sei an die M. bis einschl. 8. August bezahlt worden.

Das Versicherungsamt hat die Beklagte noch zur Zahlung von 4,75 M. verurteilt und den Mehranspruch abgewiesen aus folgenden Gründen:

Der M. stehen die Rechte aus § 8 der Bekanntmachung über Kriegswochenhilfe vom 3. Dezember 1914 zu. Diese Bekanntmachung, welche sich ebenso wie die beiden später erlassenen über „Ausdehnung der Kriegswochenhilfe", an die Reichsversicherungsordnung eng anlehnt, bestimmt in § 7, daß für das Verfahren bei Streit zwischen Empfangsberechtigten und Kassen über die Leistungen der Kriegswochenhilfe die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Verfahren bei Streitigkeiten aus der Krankenversicherung gelten, also die §§ 1636 ff. RVO. Dazu gehören aber auch die Ersatzstreitigkeiten aus § 1531, die ebenfalls im Spruchverfahren zu erledigen sind. (§ 1540). Somit ist das Versicherungsamt an sich zuständig zur Entscheidung solcher Streitfälle (vgl. auch § 1773). Denn § 7 nimmt überdies auf § 119 RVO. Bezug, welcher sich wiederum auf § 1531 bezieht, so daß die Zuständigkeit zweifellos ist.

Die Leistungen der Kriegswochenhilfe sind Wochenhilfe im Sinne der Reichsversicherungsordnung und lehnen sich ebenfalls eng an diese an (vgl. Bescheid des Reichsamts des Innern vom 14. Januar 1915 in Betriebskrankenkasse 1915 S. 9 und vom 10. November 1915 ebenda S. 233). Daher erstreckt sich der § 1531 ohne weiteres auch auf jene; nur der Umfang des Ersatzes ist verschieden, je nachdem es sich um laufende Leistungen (§ 1533 Nr. 3 RVO.) oder um einmalige feststehende Unterstützungen handelt. Für solche ist der § 62 des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz maßgebend geblieben, da sich § 1533 Ziff. 3 RVO. nur auf Krankengeld, Wochengeld und ähnliche laufende Leistungen bezieht. Da die Entbindungsbeihilfe der Kriegswochenhilfe dazu bestimmt ist, den Wöchnerinnen die Mittel an die Hand zu geben, in den sich an die Entbindung unmittelbar anschließenden Wochen, vorher und nachher, die nötige Pflege für sich und das Kind zu verschaffen, (vgl. Bescheid des Reichsamts des Innern vom 14. 1. 1915, Betriebskrankenkasse S. 9), so ist der Einwand der Beklagten, daß nur 15 M. Entbindungskosten entstanden seien, unerheblich und unzutreffend.

Hiernach hat die Beklagte zu erstatten aus Ziff. 1 des § 3 der Bekanntmachung nicht blos 15, sondern die ganzen 25 M., also noch 10 M. — Wochengeld soll dagegen in der Regel dem Versicherten zur Hälfte belassen werden, (vgl. Begründung des Entwurfs der RVO. S. 469 und § 1503), so daß für 36 Tage zu erstatten sind: $\frac{27{,}80}{2} = 18{,}90$ M. Die Kasse hatte aber erstattet: 24,15 M., also 5,25 M. zu viel, die sich Kläger anrechnen lassen muß, daher hat Beklagte nur noch 4,75 M. zu ersetzen.

b)

Gegen diese Entscheidung hat die Kasse Berufung eingelegt. Das Oberversicherungsamt hat dahin erkannt: Die Entscheidung usw. wird „aufgehoben, da die klagende Kasse den gesetzlich begründeten Ersatzanspruch des Magistrats (Armenverwaltung) in Görlitz bereits befriedigt hat und Mehransprüche nicht mehr bestehen". — Aus den Gründen:

Die Höhe des Ersatzanspruchs regelt sich nach § 1531 RVO. Danach kann nach näherer Vorschrift der §§ 1532 bis 1537 a. a. O. der Magistrat nur Ersatz in Höhe der dem als hilfsbedürftig unterstützten Kassenmitgliede zustehenden Kassenleistungen beanspruchen. Die M. gehört zu den Wöchnerinnen, die Anspruch auf Wochengeld nach § 195 a. a. O., nicht aber auf Wochenhilfe nach § 1 der Bundesrats-Verordnung vom 3. Dezember 1914 haben. Der Anspruch, den die M. für ihre Person haben würde, ergibt sich aus § 8 der Verordnung in Verbindung mit den §§ 14 Absatz 2 Ziff. 2 und 29 der Satzung der beklagten Kasse.

Danach würde der M. u. a. zustehen:

a) ein einmaliger Beitrag zu den Kosten der Entbindung von höchstens 25,00 M.

b) ein Wochengeld von 1,05 M. (Klasse III a) täglich für 8 Wochen, von denen mindestens 6 in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen.

Der in der Bundesratsverordnung vom 3. Dezember 1914 festgesetzte Entbindungskostenbeitrag soll die nachweislichen Kosten der Hebamme, des Arztes sowie der etwa notwendigen Arznei bis zum Höchstbetrag von 25 M. decken (vgl. Erlaß des Herrn Ministers für Handel und Gewerbe vom 21. Dezember 1914 (III. 9785) ababgedruckt in Nr. 1 S. 9 des Ministerialblattes der Handels- und Gewerbe-Verwaltung vom Jahre 1915). Da, wie nicht bestritten wird, nur 15 M. Entbindungskosten nachgewiesen sind, hat die Kasse auch nur diesen Betrag zu ersetzen.

Für den Unterhalt der Unterstützten im Krankenhause ist nach § 1533 Ziff. 3 RVO. die Hälfte des Grundlohns zu ersetzen. Dieser ist nach § 19 der Satzung der Kasse auf 2,10 M. festgesetzt. Da die M. ausweislich des Krankenscheins Wochengeld bereits für die Zeit vom 26. Juli bis 8. August 1915, also für 2 Wochen, erhalten hat, würde dem Magistrat im günstigsten Falle nur für die auf die Entbindung folgenden 6 Wochen

ein Ersatzanspruch zustehen. Solange ist die M. aber nicht im Krankenhause gewesen. Ihr Aufenthalt war bereits am 14. September 1915 zu Ende. Die Zeit vom 23. August 1915, dem Tage der Entbindung, bis zum 14. September 1915, umfaßt nur 23 Tage. Die dafür zu erstattende Summe beläuft sich auf 23 mal 1,05 M. gleich 24,15 M. Diesen Anspruch hat aber die Kasse befriedigt. Der Magistrat war daher mit weiteren Ansprüchen zurückzuweisen.

Anmerkung: Die Entscheidungen sind in mancher Hinsicht interessant und in ihrer Begründung mehrfach bedenklich. Zunächst was die Frage der Zuständigkeit betrifft. Die Entscheidung des Versicherungsamts nimmt allgemein an, daß, wenn der Armenverband Ersatz aus der Kriegswochenhilfe beansprucht, Streit hierüber nach §§ 1636 ff. zu entscheiden sei, also im Feststellungsverfahren. Das ist unter allen Umständen unrichtig. Die Bezugnahme auf § 7 der Bekanntmachung v. 3. Dezember 1914, insofern dort (im Abs. 2) auf § 119 und in diesem wieder auf § 1531 RVO. verwiesen ist, geht fehl, weil sowohl § 119 als auch § 1531 rein materiellen Inhalts sind und über das Verfahren bei Streit nichts besagen. Nur Abs. 1 des § 7 der Bek. bezieht sich auf das Verfahren und bestimmt, daß bei Streit zwischen den „Empfangsberechtigten" und den Kassen über „diese Leistungen" (nämlich aus den vorangegangenen §§) die Vorschriften der RVO. über das Verfahren bei Streitigkeiten aus der Krankenversicherung gelten. Es fragt sich, ob man unter den „Empfangsberechtigten" nur die Wöchnerinnen selbst oder auch solche, die ihr Recht aus dem Anspruch der Wöchnerin ableiten, verstehen darf. Der Ausdruck läßt das letztere zu, und Erwägungen der Zweckmäßigkeit sprechen für eine solche ausdehnende Auslegung. Dann darf man aber, wenn der Armenverband seinen Anspruch auf Ersatz aus der der Unterstützten zustehenden Kriegswochenhilfe aus den §§ 1531 ff. RVO. ableitet, nicht die §§ 1636 ff. über Streit im Feststellungsverfahren, sondern nur den § 1540 mit §§ 1771 ff. anwenden.

Im vorliegenden Falle aber ist die Anwendung dieser Vorschriften völlig zweifelsfrei aus einem anderen Grunde. § 7 der Bekanntmachung bezieht sich nur auf die in den vorangegangenen Paragraphen bestimmten Leistungen an Kriegswochenhilfe. Der anschließende § 8 ist von ganz anderer Art. Er erweitert die Ansprüche der gegen Krankheit versicherten Wöchnerinnen durch Festsetzung gewisser Mehrleistungen, die die Kasse aus eigenen Mitteln auch dann zu gewähren hat, wenn die Satzung solche Leistungen nicht vorsieht. Diese Vorschrift hat daher die Bedeutung, daß sie jene Leistungen für die Dauer des Krieges zu Regelleistungen der Krankenkassen macht (so: Krause I. Vorbem. vor § 8); es handelt sich um „eine Maßnahme der Krankenversicherung selbst" (so: Besch. des preuß. Handelsministeriums in Arb.-Vers. 1915 S. 178). Daraus folgt im vorliegenden Falle, in dem ausschließlich Leistungen aus § 8 der Bekanntmachung in Frage stehen, unmittelbar die Geltung sowohl der materiellen Vorschriften der §§ 1531 ff. als auch der Verfahrensvorschrift des § 1540 RVO.

Die Fassung des § 1532 („wegen der Krankheit") könnte Zweifel aufkommen lassen, ob dem Armenverbande auf Grund dieses Paragraphen ein Ersatzanspruch auch wegen gewährter Wochenhilfe zusteht. Ersichtlich liegt hier aber nur ein ungenauer Ausdruck im Gesetz vor. Die Begründung zu § 1516 des Entwurfs (§ 1533 des Ges.) hebt ausdrücklich den Fall der Wochenhilfe — „Wochengeld, Schwangerengeld, Hebammendienste, ärztliche Behandlung und Stillgeld" — hervor und bemerkt, daß Fälle dieser Art unter § 1516 Ziff. 3 des Entw. (jetzt § 1533 Ziff. 3) fallen (Begr. S. 468). Weshalb diese Vorschrift, wie das Versicherungsamt meint, nur für die laufenden Leistungen gelten, für die einmaligen aber der § 62 des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz maßgebend sein soll, ist unverständlich. § 1533 Ziff. 3 bezieht sich doch ausdrücklich auf „die übrigen", d. h. auf alle nicht in Ziff. 1 und 2 erwähnten Unterstützungen, also auch auf alle Leistungen an Wochenhilfe, die einmaligen (Entbindungs- und Schwangerschaftskostenbeitrag) wie die laufenden (Wochen- und Stillgeld). Die Anwendung des § 62 des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz könnte nur in Frage kommen, wenn es sich um Kriegswochenhilfe auf Kosten des Reiches, also nicht auf Grund des § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, handelte und wenn daher die Geltung der §§ 1531 ff. überhaupt zu verneinen wäre. Bei der unzweifelhaften Geltung dieser Vorschriften aber im Falle des erwähnten § 8 besteht ein Unterschied zwischen laufenden und einmaligen Leistungen nach § 1533 Ziff. 3 nur insofern, als die §§ 1506, 1507 nur für die ersteren gelten; für die einmaligen Leistungen sind dagegen nach § 1532 die erweislichen wirklichen Auslagen aus dem entsprechenden Anspruche der Unterstützten bis zur Höhe dieses Anspruchs zu ersetzen.

Nur aus diesem Grunde ist es gerechtfertigt, daß das Oberversicherungsamt dem Magistrat Ersatz der Entbindungskosten nur in Höhe des nachgewiesenen Aufwandes von 15 M. zugebilligt hat. Unrichtig ist dagegen die Annahme des Oberversicherungsamts, daß der in der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 vorgesehene Entbindungskostenbeitrag überhaupt nur die nachweislichen Kosten der Hebamme, des Arztes und der etwa notwendigen Arznei bis zum Höchstbetrage von 25 M. decken soll. Der einmalige Beitrag zu den Entbindungskosten ist vielmehr als eine einheitliche Leistung gedacht, die mit der Entbindung „dem ganzen Betrage nach fällig wird" (Bescheid des Reichskanzlers vom 30. Oktober 1915, Arb.-Vers. 1915 S. 779). Sie soll, wie das Versicherungsamt ganz richtig hervorhebt, auch der Pflege der Wöchnerin und des Kindes zustatten kommen. Eines Nachweises der Aufwendungen für Hebamme usw. bedarf es daher nicht (Sonderhoff in Arb.-Vers. 1915 S. 5; vgl. auch daselbst S. 143 Ziff. 7a). Betragen die Kosten der Entbindung weniger als 25 M., so verbleibt der Mehrbetrag der Wöchnerin (Krause I. Anm. 1 Abs. 4 zu § 3 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914). Daraus folgt aber selbstverständlich nicht, daß, wie das Versicherungsamt angenommen hat, auch der Armenverband, der die Kosten der Entbindung bestritten hat, von der Kasse immer die vollen 25 M. fordern kann. Er erhält vielmehr nur die ihm nachweislich erwachsenen Kosten erstattet, und der Rest gebührt der Wöchnerin.

Ist eine uneheliche Wöchnerin verpflichtet, den Namen des Schwängerers zu nennen und hat die Krankenkasse an diesen Regreßansprüche?

Entscheidungen a) des Versicherungsamts Dresden A vom 23. Oktober 1915; b) des Oberversicherungsamtes Dresden, Spruchkammer I, vom 27. Dezember 1915, Nr. 40 Kr. D. A. 1915.

a)

Die Klägerin war Mitglied der Betriebskrankenkasse der Firma R. Nachdem ihr das Wochengeld auf zwei Wochen vor der Entbindung gezahlt worden war, wurde ihr die Weiterzahlung verweigert und von dem Nachweise abhängig gemacht, daß der außereheliche Vater des Kindes den nach § 1715 BGB. ihm obliegenden Verpflichtungen der Mutter gegenüber nicht nachgekommen sei, und daß der Name des Vaters genannt werde. Habe der Vater seine Verpflichtung erfüllt, so habe sie, die Kasse, nichts mehr zu leisten, denn zweimal könne diese Unterstützung von einer Kindesmutter nicht gefordert werden. Die Wöchnerin müsse überdies die Kasse in den Stand setzen, ihre Ansprüche gegen den Vater des Kindes zu verfolgen. Dabei wies die Kasse darauf hin, daß sie am 7. Mai 1908 von der Kgl. Kreishauptmannschaft Dresden als Aufsichtsbehörde angewiesen worden sei, die auf die Kasse durch Zahlung der Wöchnerinnenunterstützung übergegangenen Ansprüche gegen die Väter außerehelicher Kinder geltend zu machen. Wenn aber der Kasse eine solche Verpflichtung auferlegt werde, müsse auch dafür gesorgt werden, daß ihr die Verfolgung der Ansprüche möglich gemacht wird. Das Versicherungsamt der Amtshauptmannschaft Dresden A. verurteilte die Kasse zur Zahlung. Aus den Gründen:

Ein Schadenersatzanspruch der Kasse gegenüber dem Kindesvater ist überhaupt zu verneinen. Der maßgebende § 1542 RVO. lautet dahin, daß, soweit Versicherten nach der Reichsversicherungsordnung oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften Anspruch auf Ersatz eines Schadens zustehe, der ihnen durch Krankheit, Unfall, Invalidität oder den Tod des Ernährers erwachsen sei, der Anspruch auf die Träger der Versicherung insoweit übergehe, als sie den Entschädigungsberechtigten nach diesem Gesetze Leistungen zu gewähren haben. Es ist hier von Ansprüchen der Wöchnerinnen nicht die Rede, da bekanntermaßen das Wochenbett regelmäßig nicht als Krankheit anzusehen ist. Mit Hahn (Arb.-Vers. 1909, S. 398) und Hoffmann (Arb.-Vers. 1915, S. 25) hat der Spruchausschuß angenommen, daß die in Frage stehenden Ersatzansprüche aus § 1715 BGB. absichtlich den Kassen nicht zugesprochen worden sind, da schon deren Bezeichnung als Schadenersatzansprüche wenig gerechtfertigt erscheint, sondern es sich hier um rein familienrechtliche Ansprüche handelt. Wollte man den Kassen Ersatzansprüche gegen außereheliche Kindesväter in derartigen Fällen zusprechen, so ist nicht einzusehen, warum nicht auch gegen eheliche Väter ein gleicher Anspruch bestehen sollte. Denn nach §§ 1360, 1389 und 1427 BGB. fällt der eheliche Aufwand dem Ehemanne zur Last. Das würde aber zu vollkommen widersinnigen Folgen führen. Der rein familienrechtliche Anspruch des § 1715 BGB. geht deutlich aus den Protokollen der Kommissionen für die zweite Lesung des Entwurfes des Bürgerlichen Gesetzbuches zu dem damaligen § 1577, der dem jetzigen § 1715 BGB. entspricht, hervor, wo ein Antrag dahin gestellt wurde, daß der außerehelichen Mutter ausdrücklich in einem gewissen Umfange gegen den Kindesvater ein Anspruch auf Ersatz des entgangenen Einkommens eingeräumt werden sollte. Dem hatte man entgegengehalten: Der Antrag verlasse den Boden des Entwurfs vollständig und kehre zu dem Standpunkte zurück, daß die Schwängerung als ein Delikt des Schwängerers aufzufassen sei und daher einen Schadenersatzanspruch der Geschwängerten begründe. Diese Rechtsansicht sei nicht zu teilen und eine derartige Begünstigung der außerehelichen Mutter nicht gerechtfertigt. Der Antragsteller zog darauf seinen Antrag zurück.

Das Oberversicherungsamt bestätigte das Urteil des Versicherungsamtes, indes aus wesentlich anderen Gründen:

Indem die Kasse den Namen des Vaters des Kindes zu wissen begehrt, will sie in die Lage versetzt werden, den ihr nach § 1542 RVO. zustehenden Ersatzanspruch geltend zu machen. Nach § 1542 RVO. geht der Anspruch, der einem Versicherten nach anderen gesetzlichen Vorschriften auf Ersatz eines durch „Krankheit" erwachsenen Schadens zusteht, insoweit auf die Kasse über, als sie dem Entschädigungsberechtigten nach der Reichsversicherungsordnung Leistungen zu gewähren hat. Diese Vorschrift entspricht der Bestimmung in § 57 Abs. 4 KVG., wonach der einem Versicherten gegen einen Dritten zustehende gesetzliche Entschädigungsanspruch auf die Ortskrankenkasse überging, die dem Versicherten in einem „Krankheitsfalle" Unterstützung geleistet hatte. Die Frage, ob die einer Wöchnerin gewährte Unterstützung als eine in einem Krankheitsfalle geleistete Unterstützung zu gelten habe, ist unter der Herrschaft des früheren Rechtes allgemein bejaht worden. Deshalb ist auch von Rechtslehre und Rechtsprechung übereinstimmend anerkannt worden, daß der der unehelichen Mutter aus § 1715 BGB. gegen den Vater zustehende Anspruch als ein gesetzlicher Entschädigungsanspruch im Sinne des § 57 Abs. 4 anzusehen sei und mit der Leistung der Unterstützung an die Wöchnerin auf die Kasse übergehe (Entsch. des Preuß. Oberverw.Ger. vom 28. März 1912 in Reger Bd. 13, S. 146, 275; Entsch. des Bad. Verw.Ger.Hofes v. 1. Mai 1907 in Arb.-Vers. 1907, S. 571; Entsch. des Sächs. Oberverw.-Ger. v. 24. März 1909 in Arb.-Vers. 1910, S. 6).

Dieser Standpunkt ist für das neuere Recht in einem Aufsatze vom 11. Januar 1915 von Hoffmann bekämpft worden (Arb.-Vers. 1915, S. 25). Hier wird darzulegen versucht, daß der Ersatzanspruch, den die Mutter eines Kindes gegen den außerehelichen Schwängerer hat, auf die Kasse nicht übergehe. Die 9. Zivilkammer des Königlichen Landgerichts Dresden ist dagegen in dem von der Kasse in Abschrift überreichten Urteile vom 27. März 1915 wiederum der früheren Rechtsauffassung gefolgt, indem sie den § 1542 Abs. 1 RVO. dahin auslegt, daß das Wort „Krankheit" auf alle Versicherungsfälle zu verallgemeinern sei, die im 2. Abschnitte des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung vorgesehen seien, darunter falle auch die Wochenhilfe nach § 195—200 RVO.

Die Spruchkammer hat keinen begründeten Anlaß gehabt, von dem Standpunkte abzugehen, der schon unter dem früheren Rechte allgemein als zutreffend anerkannt und in den angezogenen Entscheidungen überzeugend begründet worden ist. Denn wenn sich auch der Wortlaut § 1542 Abs. 1 RVO. mit dem Wortlaute des § 57 Abs. 4 KVG. nicht völlig deckt, so unterscheiden sich beide Bestimmungen doch nur insofern, als der Uebergang des Ersatzanspruches nach dem früheren Rechte die Leistung der Unterstützung durch die Kasse voraussetzte, während nach § 1542 Abs. 1 RVO. der Ersatzanspruch auch ohne vorausgegangene Leistung insoweit auf die Kasse übergeht, als sie der Wöchnerin Leistungen zu gewähren hat. Im übrigen hat sich an dem neuen Rechte gegenüber dem alten nichts geändert. Es kann nicht angenommen werden, daß der Sinn des § 1542 Abs. 1 RVO. eine Auslegung bedinge, die dem § 57 Abs. 4 KVG. widerstreiten würde. Die angefochtene Entscheidung des Versicherungsamtes geht demnach insofern fehl, als sie den Standpunkt der beklagten Kasse unter Verneinung des Ueberganges des der Wöchnerin gegen den Vater des Kindes zustehenden Ersatzanspruches abweist.

Die Bedingungen, von denen die Kasse die Gewährung des Wochengeldes abhängig macht, müssen indessen aus anderen Gründen als ungerechtfertigt bezeichnet werden. Die Leistungen der Krankenkassen nach dem 2. Buche der Reichsversicherungsordnung sind öffentlich-rechtlicher Natur und müssen gewährt werden, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind. Der Anspruch einer versicherten Wöchnerin, die mindestens 6 Monate versichert war, entsteht mit der Niederkunft. Für die Annahme, daß die Kasse berechtigt sein sollte, in gewissen Fällen die ihr der Wöchnerin gegenüber obliegenden Leistungen von der Erfüllung einer Bedingung abhängig zu machen, fehlt es im Gesetz an jedem Anhalt. Deshalb muß an der allgemeinen Regel festgehalten werden, daß der Eintritt des Versicherungsfalles genügt, um die Kasse zur Leistung zu verpflichten. Die sozialen Versicherungsgesetze verfolgen den Zweck, die Versicherten im Falle der Erkrankung und in den einer Erkrankung gleichstehenden Fällen sicher zu stellen und vor Not und Sorgen zu bewahren. Dieser Zweck würde vereitelt werden, wenn die Kassen außer in den im Gesetze besonders vorgesehenen Fällen ihre Leistungen versagen, oder zurückhalten wollten. Ein derartiges Verhalten würde gerade einer Wöchnerin gegenüber unbillig erscheinen, weil dann nicht nur die Fürsorge für die Wöchnerin, sondern auch die Fürsorge für das neugeborene Kind ernstlich in Frage gestellt werden könnte. Zwar läßt sich nicht verkennen, daß die Kasse ihren Ersatzanspruch nicht geltend zu machen vermag, solange sie den Namen des Vaters des Kindes nicht mitgeteilt erhält, und daß die Mutter des außer der Ehe geborenen Kindes, indem sie diese Mitteilung verweigert, die Verfolgung eines gesetzlichen Anspruches der Kasse verhindern kann. Die finanziellen Interessen der Kasse müssen jedoch der Rechtslage der Wöchnerin gegenüber als minder gewichtig erscheinen und dürfen nicht dazu führen, daß die Wöchnerin in ihrem Verhältnisse zur Kasse beeinträchtigt wird. Wie von Hahn in der Zeitschrift „Die Arb.-Vers." vom Jahre 1907 S. 696 zutreffend ausgeführt wird, können wirtschaftliche und andere höchst persönliche, ja selbst moralische Rücksichten der Wöchnerin gebieten, den Vater ihres Kindes nicht zu verraten.

Allen diesen Erwägungen gegenüber kann die Kasse keinen Erfolg haben, wenn sie auf die Bestimmungen des bürgerlichen Rechtes verweist. Nach § 412 BGB. findet auf die Uebertragung einer Forderung kraft Gesetzes auch die Vorschrift in § 402 Anwendung, die den bisherigen Gläubiger verpflichtet, dem neuen Gläubiger die zur Geltendmachung der Forderung nötige Auskunft zu erteilen. Daß die der Mutter gegen den Vater des Kindes zustehende Ersatzforderung als eine kraft Gesetzes auf die Kasse übergegangene Forderung anzusehen ist, läßt sich allerdings nicht bestreiten. Aber § 412 bezieht sich als eine dem bürgerlichen Rechte angehörende Vorschrift naturgemäß zunächst nur auf Fälle, in denen der Uebergang der Forderung kraft Gesetzes gleichfalls auf Grund einer Vorschrift des bürgerlichen Rechts stattfindet (Hahn in Arb.-Vers. 1907 S. 696). § 1542 RVO. gehört aber dem öffentlichen Rechte an. Sodann ist hervorzuheben, daß die Rechtsprechung bei der Anwendung von Vorschriften des bürgerlichen Rechts auf Streitigkeiten, deren Beurteilung dem Gebiete der Arbeiterversicherung angehört, von jeher vorsichtig gewesen ist und ein Zurückgreifen auf solche Vorschriften regelmäßig besonders geprüft und begründet hat. Die Anwend-

barkeit des bürgerlichen Rechtes wird namentlich dann zulässig sein, wenn das Gesetz in die versicherungsrechtlichen Bestimmungen einem dem Privatrechte entlehnten Rechtsbegriff einführt, ohne selbst etwas näheres über die Ausgestaltung im einzelnen zu bestimmen (Hahn in Monatsschr. für Arb.- u. Angest.Vers. 1913, Sp. 131). Sie wird aber ausgeschlossen werden müssen, wenn sie, wie im vorliegenden Streitfalle, den Versicherten in eine nicht zu rechtfertigende Zwangslage versetzt und zu einem Ergebnisse führt, das den Zwecken des sozialen Versicherungsrechtes offenbar nicht entspricht.

Der Anspruch der Klägerin auf Zahlung des in der angefochtenen Entscheidung richtig berechneten Wochengeldes, dessen Höhe nicht mehr bestritten wird, ist sonach begründet, ohne daß die Kasse berechtigt wäre, die Erfüllung dieses Anspruches davon abhängig zu machen, daß die Wöchnerin den Namen des Vaters nennt und den von der Kasse weiter gewünschten Nachweis führt. Dabei kann die Frage unerörtert bleiben, welche Rechtswirkungen eintreten würden, wenn die Klägerin vom Vater des Kindes und von der Kasse zugleich Leistungen gefordert und angenommen haben sollte.

Die von der Kasse angezogene Anordnung der Aufsichtsbehörde, die unter der Herrschaft des früheren Rechts erlassen worden ist und ihre Bedeutung auch dem neueren Rechte gegenüber nicht eingebüßt haben dürfte, hat die Auslegung gesetzlicher Vorschriften nicht beeinflussen können und auch nicht beeinflussen wollen. Sie geht nur darauf aus, die Kassen davon abzuhalten, auf die Geltendmachung des gesetzlichen Ersatzanspruches gegen den außerehelichen Vater zu verzichten, wenn die Verfolgung dieses Anspruches möglich ist und Erfolg verspricht.

Aus diesen Gründen ist die eingewendete Berufung zurückzuweisen gewesen. Zu einer Abgabe der Streitigkeit an das Reichsversicherungsamt hat für die Spruchkammer kein hinreichender Anlaß vorgelegen.

Anmerkung des Einsenders (Fr. Kl.): Es ist wirklich dringend nötig, daß die Streitfrage recht bald durch eine grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts geklärt wird. Selbst wenn diese die Zulässigkeit des Schadenersatzanspruches feststellen sollte (was wir vorläufig noch nicht annehmen), so sollten doch die Kassen von der Erhebung der Forderung allgemein Abstand nehmen. Sie paßt erst recht nicht in eine Zeit, in der man mit allen Mitteln die Mutterschaftsfürsorge heben und den Geburtenrückgang und die Säuglingssterblichkeit bekämpfen will.

C. Zur Unfallversicherung.

Die Versicherung durch den Unternehmer nach § 552 Ziff. 1 RVO. erlischt nicht durch den Wechsel in der Person des Unternehmers.

Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 4. November 1915 (Ia 3924/14).

Der Kläger, Betriebsbeamter F., ist auf Antrag seines Betriebsunternehmers von der Berufsgenossenschaft mit Wirkung vom 9. Februar 1911 in Versicherung genommen; ein entsprechender Versicherungsschein ist dem Antragsteller ausgehändigt. Der Kläger ist durch seine rechtswirksam erfolgte Versicherung in ein bestimmtes Rechtsverhältnis zur Beklagten getreten. Dieses Versicherungsverhältnis blieb so lange in Wirkung, bis es zur rechtsgültigen förmlichen Aufhebung gelangte; es konnte nur unter den in der Satzung bestimmten Voraussetzungen aufgehoben werden. Die Satzung der Beklagten schreibt aber ausdrücklich vor, daß die Versicherung bis zu dem Schlusse des Rechnungsjahres dauert, in dem der Betriebsunternehmer das Erlöschen der Versicherung schriftlich beantragt (§ 60 Abs. 4 der Satzung). Die Satzung spricht von dem Unternehmer schlechthin und sagt nicht, daß der Antrag von dem die Versicherung veranlassenden Unternehmer gestellt werden müsse. Andere Erlöschungsgründe sind in der Satzung nicht angegeben; sie hat die Voraussetzungen des Erlöschens erschöpfend geregelt. Auf Grund der klaren Bestimmung der Satzung kann daher nicht angenommen werden, daß mit dem Uebergange des Werkes auf die Firma „Portland Zementfabrik Stadt O." die Versicherung des Betriebsbeamten F. ihr Ende erreichte. Lediglich der Wechsel in der Person des Unternehmers kann auf die bestehenden versicherungsrechtlichen Verhältnisse der in dem Betriebe beschäftigten Personen keinen Einfluß haben. Wenn im Falle des Wechsels des Betriebsunternehmers die Fortdauer der Versicherung von einem Antrag des neuen Unternehmers abhängig wäre, so hätte die Satzung eine entsprechende Bestimmung getroffen. Dem Umstand, daß die Aktiengesellschaft „Zementfabrik Stadt O." nicht Antrag auf Fortsetzung der Versicherung des Klägers gestellt hat, kann also keine Bedeutung beigemessen werden. Die Mitteilung der Zementfabrik vom 3. Juli 1912, „daß sie ihren Betriebsleiter F. bereits anderweitig versichert habe", kann nach alledem nur als Antrag auf Löschung der Versicherung des Klägers gemäß § 60 Abs. 4, zweite Satzhälfte angesehen werden. Diese Versicherung ist somit erst mit dem Schlusse des am 3. Juli 1912

laufenden Rechnungsjahres erloschen. Da sich aber der Unfall schon am 6. Juli 1912 ereignet hat, unterlag er noch der Versicherung durch die beklagte Berufsgenossenschaft.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Ein Postaushelfer (während des Krieges) als Bureauangestellter versicherungspflichtig.

Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 28. Dezember 1915.

Der Angestellte wird seit 13. Januar 1915 als Postaushelfer bei dem Kaiserlichen Postamt in D. für die Dauer des Krieges beschäftigt. Er empfing anfänglich 3,50 M. Tagesdiäten, ab 1. März 4 M. und erhält seit 1. April 4,50 M.

Seine Tätigkeit beschränkt sich auf die mit der Absendung und der Sortierung der Feldpost bezüglichen Geschäfte und stellt sich wie folgt dar: Er hat zusammen mit einer größeren Anzahl gleicher Hilfsbeamten die von der Heimat ins Feld abgehenden Feldpostbriefe nach Regimentern, Bataillonen und Kompagnien auf Grund der Aufschrift zu sortieren. Die sortierten Briefe sind in Bunden zu vereinigen und mit einem Aufschreibezettel zu versehen. Der Angestellte hat darauf den Truppenteil und die aus den amtlichen Verzeichnissen ersichtliche zuständige Feldpostanstalt anzugeben. Die Kontrolle über die Richtigkeit üben die Aushelfer gegenseitig aus und sehen untereinander die von ihnen gefertigten Bunde auf ihre Richtigkeit hin durch. Der Angestellte verrichtet Tag- und Nachtdienst wechselweise und ist ungefähr 8 Stunden täglich beschäftigt.

Die Oberpostdirektion steht auf dem Standpunkt, daß die Tätigkeit des Angestellten als eine lediglich ausführende, mechanische zu betrachten sei, weil sie nur die Kenntnis des Lesens und Schreibens voraussetze.

Daß C. in seinem Beschäftigungsverhältnis als Bureauangestellter anzusehen ist, ist zweifellos und wird auch von keiner Seite der Beteiligten bestritten. Es handelt sich hingegen nur um die Frage, ob seine Tätigkeit sich als eine mechanische Dienstleistung charakterisiert oder nicht. Auf den äußeren Anschein hin kann man der Ansicht sein, daß die Tätigkeit eine überaus einfache ist. Tatsächlich darf das aber nicht als zutreffend erachtet werden. Es kommt bei dem Sortieren der Briefpost zunächst darauf an, daß die Adressen-Aufschriften immer in zutreffender Weise von dem sortierenden Beamten verstanden werden. Es ist allgemein bekannt, daß gerade Feldpostsendungen, die von allen Schichten der Bevölkerung herrühren, häufig genug Aufschriften von sehr unkundiger Hand enthalten, so daß das richtige Lesen der Briefaufschriften mit Sicherheit in einer ganzen Reihe von Fällen einige Anforderungen an die Urteilskraft des sortierenden Beamten stellt. Ferner bestehen die Betätigungen des Angestellten in zweiter Linie darin, die Briefe in die in Frage kommenden Rubriken nach den Truppenformationen zu verteilen. Hierbei handelt es sich naturgemäß um eine außerordentlich große Anzahl von Abteilungen und Unterabteilungen, nach denen die Briefsendungen zu sortieren sind. Auch das Verteilen könnte man auf den ersten Blick als ziemlich einfache Arbeit ansehen. Die Schwierigkeit, die diese Tätigkeit aber mit sich bringt, liegt jedoch vielmehr darin, daß eine ungeheure Menge von Briefsendungen in gegebener, möglichst kurzer Zeit in dieser Weise abgefertigt werden muß, und daß die Raschheit der Ausführung zusammen mit der Voraussetzung äußerst exakter Behandlung der Sache ein nicht zu unterschätzendes Maß von geistiger Konzentration und positiver geistiger Energie erforderlich macht. Die Leistung ist gerade deswegen nicht zu unterschätzen, weil damit gleichzeitig eine gewisse Einförmigkeit der Betätigung verbunden ist und um so eher eine geistige Ermüdung und ein Nachlassen der Aufmerksamkeit möglich ist.

Aus diesen Gründen können erfahrungsgemäß solche Arbeiten auf die Dauer nicht von Personen verrichtet werden, die nur an rein mechanische Handarbeit gewöhnt sind, vielmehr setzen Arbeiten dieser Art eine gewisse allgemeine Bildung und geistige Schulung voraus. Die Postverwaltung selbst hat ja auch für diesen Posten, wie ersichtlich, offenbar nicht ohne Absicht Leute ausgewählt, die, wie der Angestellte, aus der Klasse der Kaufleute hervorgegangen sind. Die Beschäftigung des Angestellten kennzeichnet sich tatsächlich ähnlich einer Registraturtätigkeit, wie sie bei größeren Firmen, die ausgedehnte Akten-Registraturen und Karthotheken führen, vorkommt, und ist mit einer solchen Tätigkeit aus den dargelegten Gründen ohne weiteres auf eine Stufe zu stellen. Nach der übereinstimmenden Praxis der Spruchorgane der Angestelltenversicherung werden Arbeiten dieser Art schlechthin nicht als mechanische Bureauarbeiten im Sinne des § 1 Nr. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes bezeichnet.

Der Angestellte ist von Beruf aus Versicherungsbeamter und kaufmännischer Expedient. Er ist offenbar infolge der durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse stellungslos und war nicht in der Lage, gegenwärtig eine andere, dauernde

Berufsstellung zu finden. Gleichwohl fällt seine jetzige Beschäftigung in den Rahmen seiner sonstigen Berufsausübung, und sind die während dieser Zeit bezogenen Diäten für seine Tätigkeit dazu zweifellos und unbestritten bestimmt, die Kosten seines Unterhalts in dieser Zeit zu decken. Nach dieser Sachlage bestehen dahin keine Bedenken, in seiner jetzigen Beschäftigung seinen Hauptberuf zu erblicken. Somit besteht für den Angestellten während der Zeit dieses Dienstverhältnisses die Versicherungspflicht als Bureauangestellter gemäß § 1 Nr. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes.

Es war demnach zu beschließen, wie geschehen.

Sprechsaal.

Beitragsfreiheit der Wöchnerinnen in der Kranken- und in der Invalidenversicherung.

Ueber die Verschiedenheit der Rechtslage hinsichtlich dieser Frage haben wir uns in der Auskunft in Heft 4 S. 96 Ziff. 13 geäußert. Der Württ. Krankenkassenverband ist zum Teil anderer Meinung. Wir teilen (mit seiner Ermächtigung) die von ihm erteilte Auskunft mit, ohne ihr beizutreten:

„Wenn diese Frage streng nach dem Buchstaben des Gesetzes durchgeführt werden wollte, so müßten die Wöchnerinnen, wie Sie dies auch in Ihrem Schreiben tun und wie auch in der Auskunft der „Arbeiterversorgung" gesagt ist, in drei verschiedene Klassen eingeteilt werden. Fürs erste wären solche zu nennen, welche Anspruch gemäß § 195 RVO. an die Kassen hätten und daher in der Krankenversicherung für die Dauer von acht Wochen beitragsfrei blieben. In der zweiten Klasse wären solche Wöchnerinnen zu nennen, die noch keinen Anspruch gemäß § 195 haben und daher auch gemäß § 383 Abs. 2 kein Recht auf Beitragsfreiheit hätten. Sodann wäre bezüglich der Beiträge zur Invalidenversicherung bei jeder Wöchnerin zu unterscheiden, ob sie über die ganze Dauer des Bezugs von Wochengeld tatsächlich arbeitsunfähig ist oder nicht.

Wir glauben nicht, daß dies die Absicht des Gesetzgebers ist und können uns daher der in der Arbeiterversorgung vertretenen Anschauung nicht anschließen. Hahn sagt in Anmerkung 4 zu § 195: „Der Grund der Fürsorge ist angenommene Arbeitsunfähigkeit, wie beim Krankengeld die nachzuweisende Arbeitsunfähigkeit; die Einrede, daß die Wöchnerin tatsächlich arbeitsunfähig gewesen sei, ist nicht zulässig. . . . Die Vorschrift, daß Arbeitsunfähige Mitglieder bleiben, so lange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat (§ 311) ist auch auf Wöchnerinnen während des Bezugs von Wochengeld anzuwenden, da sie in dieser Zeit als arbeitsunfähig gelten (vgl. auch § 383)." Die Annahme der Arbeitsunfähigkeit deckt sich auch mit der Novelle zur Gewerbeordnung vom 28. Dezember 1908. Dort ist in § 137 Abs. 6 bestimmt, daß Arbeiterinnen vor und nach ihrer Niederkunft im ganzen 8 Wochen, nicht beschäftigt werden dürfen und ihr Wiedereintritt an den Nachweis geknüpft ist, daß seit ihrer Niederkunft wenigstens 6 Wochen verflossen sind. Wenn also der Gesetzgeber den Wöchnerinnen während des Bezugs von Wochengeld Beitragsfreiheit zuerkannt wissen will, weil er sie als arbeitsunfähig betrachtet, so dürfte doch daraus ohne weiteres zu folgern sein, daß dieser Vorteil allen Wöchnerinnen zugut kommen soll. Wenn der Gesetzgeber die Wöchnerin z. Zt. der Niederkunft für 8 Wochen als arbeitsunfähig betrachtet, so kann unter den Wöchnerinnen ein Unterschied nicht gemacht werden, denn als Hauptgrund für die Beitragsfreiheit ist ja eben die angenommene Arbeitsunfähigkeit anzusehen. Darum sind u. E. auch Wöchnerinnen, die noch keinen Anspruch gemäß § 195 haben, für 8 Wochen beitragsfrei.

Was nun die Invalidenversicherung anbelangt, so möchten wir auch hier von den gleichen Voraussetzungen ausgehen. Allerdings würde diese Anschauung dem Wortlaut der Bestimmung des § 1394 Abs. 2 widersprechen. Auf diesen Standpunkt stellt sich auch die Versicherungsanstalt in ihrer Auskunft vom 2. Januar d. J. Wir glauben aber doch, daß der Bestimmung des § 1394 Abs. 2 eine weitergehende Auslegung zu geben ist. Tatsächlich würde ja, wollte man sich die Anschauung der Versicherungsanstalt zu eigen machen, ein vollständiger Widerspruch in der Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen bei der Krankenversicherung gegenüber der Invalidenversicherung ergeben. Wenn das Gesetz den Wöchnerinnen bei der Krankenversicherung 8 Wochen angenommene Arbeitsunfähigkeit zuerkennt, so wird man doch annehmen müssen, daß es der Bestimmung des § 1394 Abs. 2 keine gegenteilige Auslegung geben will. Dann käme nur die tatsächliche Arbeitsunfähigkeit, die vielfach unter acht Wochen beträgt, zur Anrechnung. Die gleiche Wöchnerin würde also dann je nach dem es sich um die Kranken- oder die Invalidenversicherung handelt, als arbeitsunfähig und als arbeitsfähig zugleich gelten. Wir glauben nicht, daß der Gesetzgeber in dieser Weise die Bestimmungen des Gesetzes angewendet wissen wollte. Für die Anschauung, daß auch in der Invalidenversicherung 8 Wochen als Arbeitsunfähigkeit gelten sollen spricht auch eine Bemerkung hierzu in „Stier-Somlo". Dieser nimmt Bezug auf die bereits im Eingang erwähnte Bestimmung der Novelle zur Gewerbeordnung.

Wollte man bei der Invalidenversicherung nur die tatsächliche Arbeitsunfähigkeit als beitragsfreie Zeit gelten lassen, so wären durch diese Behandlungsweise die Krankenkassen vor umständliche Erhebungen gestellt. Es würde sich dann auch darum handeln, wie der Nachweis der tatsächlichen Arbeitsunfähigkeit geführt werden wollte. Dies dürfte aber nur durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses möglich sein. Die Krankenkasse wäre jedenfalls aber zur Tragung der Kosten für die Ausstellung solcher Zeugnisse in keiner Weise verpflichtet, denn sie hat kein Interesse daran zu erfahren, ob die Wöchnerin tatsächlich arbeitsunfähig ist, denn in der Krankenversicherung gilt sie ja ohne Weiteres 8 Wochen lang als arbeitsunfähig. Den Wöchnerinnen solche Kosten aufzubürden, erschien nicht nur unbillig, vielmehr dürfte dies auch gar nicht zulässig erscheinen."

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Dauer der Kriegswochenhilfe.

Der preußische Minister des Innern hat allen Lieferungsverbänden der Monarchie folgenden Erlaß vom 7. Februar 1916 zugehen lassen:

„Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. September 1915, nach der Kriegswochengeld auf Grund des § 3 Nr. 2 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 492) für 57 Tage zu gewähren ist, findet auf die nach § 4 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 257) zu zahlende Wochenhilfe keine Anwendung. Die Lieferungsverbände haben daher auch künftig das Wochengeld nur für 56 Tage und das Stillgeld nur für längstens 84 Tage zu gewähren."

Hierzu bemerkt Knappschaftsoberinspektor Rasch (Tarnowitz) im „Kompaß" 1916 S. 64 folgendes:

Nach § 12 in Verbindung mit § 7 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 sind die Krankenkassen verpflichtet, die Wochenhilfe nach § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 weiter zu gewähren. Nach § 8 in Verbindung mit § 3 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 steht aber den betr. Wöchnerinnen, wie auch der Herr Minister des Innern in seinem Erlasse vom 7. Februar 1916 anerkannt, auf Grund der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. September 1915, ein Wochengeld für 57 Tage und dementsprechend auch ein Stillgeld für 85 Tage zu.

Während das Versicherungsamt und in weiterer Instanz das Oberversicherungsamt oder das Knappschafts-Schiedsgericht auf Grund der Entscheidung des Reichsversicherungsamts die Krankenkassen verurteilen, das Wochengeld auch für den 57. Tag und das Stillgeld auch für den 85. Tag zu gewähren, lehnt der Lieferungsverband auf Grund des Ministerialerlasses die Erstattung der Wochenhilfe für diese Tage ab, sofern Kriegswochenhilfe aus der Bekanntmachung vom 23. April 1915 in Frage kommt.

Allerdings ist die Ablehnung des Erstattungsanspruches auf Grund des Erlasses des Herrn Ministers des Innern vom 7. Februar 1916 schon deshalb verfehlt, weil die Krankenkassen nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamts Wochengeld auch für den 57. Tag und Stillgeld auch für den 85. Tag gewähren müssen, und nach § 14 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 der Lieferungsverband den Krankenkassen die Aufwendungen an Wochenhilfe zu erstatten hat, welche diese nach dem Inkrafttreten der Bekanntmachung vom 23. April 1915 den danach Berechtigten gemäß § 12 leisten.

Da aber gegen die Entscheidungen der Lieferungsverbände über Ansprüche auf Wochenhilfe aus der Bekanntmachung vom 23. April 1915 ein Rechtsmittel nicht gegeben ist und eine unterschiedliche Behandlung der Wöchnerinnen zu Erbitterung und Einlegung von Rechtsmitteln führt, wird nichts anderes übrigbleiben, als daß der Herr Reichskanzler die hervorgetretenen Widersprüche und die unterschiedliche Behandlung der Wöchnerinnen, welche die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. September 1915 einerseits und den Erlaß des Herrn Ministers des Innern vom 7. Februar 1916 andererseits zur Folge haben, durch eine authentische Auslegung der in Betracht kommenden Bestimmungen aus der Welt schafft.

Es ist nicht angängig, dem § 4 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 eine andere Auslegung zu geben, als dem § 3 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, da beide Bekanntmachungen von derselben Stelle ausgegangen sind und hinsichtlich der Fristbestimmung den gleichen Wortlaut haben, so daß nicht anzunehmen ist, daß die Fristbemessung eine verschiedene sein sollte. Die Wöchnerinnen sowohl als auch die Krankenkassen müssen doch endlich einmal genau wissen, welche Leistungen zu gewähren sind. — —

Wir möchten diesen Bemerkungen folgendes hinzufügen: Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Arb.-Vers. 1915 S. 779) entspricht der herrschenden Ansicht nach dem Krankenversicherungsgesetz und weist deren Richtigkeit auch nach der Reichsversicherungsordnung und nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, die sich an Vorschriften der Reichsversicherungsordnung anlehnt, nach. Dem § 3 dieser Bekanntmachung entspricht wörtlich der § 4 der Bekanntmachung vom 23. April 1914. Beide müssen also im gleichen Sinne verstanden werden. Wenn gleichwohl der Herr Minister, ohne den Erwägungen des Reichsversicherungsamts auch nur den Schimmer eines Gegengrundes entgegenzusetzen, ausspricht, daß die Entscheidung auf die Wochenhilfe aus § 4 der Bekanntmachung vom 23. April 1914 „keine Anwendung" findet, und hinzufügt: „Die Lieferungsverbände haben daher . . .", so ist das eben nur ein Befehl, der die Lieferungsverbände binden mag, aber (um in der Sprache des Erlasses zu reden) auf die Rechtsanwendung der Krankenkassen und der Versicherungsbehörden „keine Anwendung" findet. Diese Stellen sind gewöhnt, ihre Entscheidungen nach dem Gesetz und nach Gründen, nicht nach Befehlen anderer Stellen zu fällen. Wenn daher eine Aenderung ihrer Rechtsübung nicht zu erwarten ist, so bleibt es immerhin bedauerlich, daß durch den unbegründeten Erlaß ein Zwiespalt in die Anwendung einer in ihrem innersten Grunde einheitlichen Gesetzgebung hineingetragen ist.

Ehrengaben an Hinterbliebene von Kriegern.

Der Ausschuß der Versicherungsanstalt Württemberg hat nach Berichten in der Tagespresse in seiner Jahresversammlung auf Antrag des Vorstandes die Gewährung von Ehrengaben an die Hinterbliebenen der gefallenen oder infolge Kriegsbeschädigung gestorbenen versicherten Kriegsteilnehmer beschlossen. Die Ehrengaben werden nur gewährt, wenn nicht aus Anlaß des Todes des Kriegsteilnehmers sofort gesetzliche Hinterbliebenenbezüge auf Grund der Reichsversicherungsordnung zu reichen sind, doch schließen die Waisenrenten der Kinder die Reichung einer Ehrengabe an die Mutter nicht aus. Ausgeschlossen ist also die Witwe, wenn sie Witwengeld oder sofort Witwenrente, und die noch nicht 15 Jahre alten Kinder, welche Waisenrente erhalten. Empfangsberechtigt sind demnach: die

Witwe, die kein Witwengeld und nicht sofort Witwenrente erhält, die Kinder — eheliche und uneheliche — bis zu 18 Jahren, soweit sie keine Waisenrente erhalten, die Eltern, die Großeltern.

Die Ansprüche der Witwe und der ehelichen Kinder bestehen nebeneinander, während sonst der vorstehende Anspruch die nachfolgenden ausschließt. Voraussetzung für die Gewährung von Ehrengaben sind: 1) die Erfüllung der Wartezeit und Aufrechterhaltung der Anwartschaft durch den verstorbenen Kriegsteilnehmer; 2) die Entrichtung von mindestens 100 Beiträgen zur Versicherungsanstalt; 3) der Eintritt des Todes längstens innerhalb von 9 Monaten und die Erhebung der Ansprüche längstens innerhalb eines Jahres nach Friedensschluß; 4) die Bedürftigkeit der Hinterbliebenen.

Die Ehrengaben werden rückwirkend ausbezahlt; ein Rechtsanspruch auf sie besteht nicht. Die Ehrengabe beträgt: Für die Witwe 70 M., für jedes Kind 30 M., für Eltern und Großeltern, wenn beide leben, 60 M., wenn nur eines lebt 40 M. Die Versicherungsanstalt behält sich vor, in besonders dringenden Fällen, in denen die vorstehend geforderten Bedingungen nicht erfüllt sind, Ehrengaben zu reichen. Dies wird insbesondere vorliegen, wenn bedürftige Geschwister vorhanden sind, die der Kriegsteilnehmer wesentlich unterstützt hat. Die Anträge auf Ehrengaben sind bei den Ortsbehörden für die Arbeiterversicherung zu stellen und von diesen unmittelbar, also ohne Vermittlung der Kgl. Versicherungsämter, dem Vorstand der Versicherungsanstalt vorzulegen.

Wer trägt die Kosten der Blutuntersuchung Syphilisverdächtiger?

In der „Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin" (Nr. 5 S. 51) weist Dr. Paul Richter auf die Notwendigkeit hin, die mit Erfolg behandelten Syphiliskranken zur Verhütung der schweren Spätfolgen dieser Krankheit — Gehirnerweichung und Rückenmarkschwindsucht — einer Kontrolle zu unterstellen, und bemerkt: „Die Krankenkassen sind selbstverständlich verpflichtet jeden Geschlechtskranken behandeln zu lassen. Aber es gibt eine ganze Masse Syphilitischer, die in Reservelazaretten so gut behandelt worden sind, daß sich viele Jahre keine Erscheinungen zeigen können. Diese scheinbar Gesunden bedürfen der Kontrolle ihres Blutes durch Untersuchung auf die Wassermannsche Reaktion, und es entsteht die Frage, ob die Kassen verpflichtet sind, für Mitglieder, welche vielleicht Jahre lang keine Beiträge bezahlt haben und nun neu eingetreten sind, die Kosten der Blutuntersuchung zu tragen. Diese Kranken werden den Kassen verhältnismäßig wenig Kosten verursachen, die Kriegsschäden werden sich auf anderen Gebieten viel schwerer geltend machen. Aber es wird ein Zeitpunkt eintreten, wo die Invaliditätsversicherung die Zunahme der durch Gehirnerweichung und Rückenmarksschwindsucht Invaliden spüren wird, und deshalb sollten die Invaliditätsanstalten Einrichtungen treffen, um die früher Syphilitischen einer regelmäßigen Blutuntersuchung unterziehen zu lassen, um die Zahl der durch diese Krankheitsursache Invaliden für die Zukunft nach Möglichkeit zu vermindern. Die Kosten derartiger Einrichtungen sind verhältnismäßig gering, wenn die Untersuchung auf Anordnung der Kassenärzte durch rein technisch vorgebildetes Personal erfolgt, und können auch zu so späten Abendstunden vorgenommen werden, daß die Tätigkeit der Kassenmitglieder nicht beschränkt wird, während ärztlich geleitete Institute im allgemeinen um 7 Uhr abends schließen müssen."

Hierzu ist folgendes zu bemerken: Wenn der Versicherte, der an Syphilis erkrankt war, soweit hergestellt ist, daß er einer Heilbehandlung nicht mehr bedarf und auch ohne Gefährdung seiner Gesundheit seiner Berufstätigkeit nachgehen kann, ist er nicht mehr krank im Sinne des Gesetzes und hat jedenfalls keinen Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse. Die Kontrolle seines Zustandes durch Blutuntersuchung ist aber eine Maßnahme der Krankheitsverhütung, und für „allgemeine" Zwecke dieser Art dürfen die Kassen nach § 363 RVO. Kassenmittel aufwenden. Es fragt sich daher, ob die Kontrolluntersuchungen „allgemeinen" Zwecken der Krankheitsverhütung dient. Dies wird dann zu bejahen sein, wenn noch Ansteckungsgefahr besteht. Besteht sie nicht und handelt es sich also nur um vorbeugenden Schutz für den einzelnen Versicherten selbst, so ist die Verwendung von Kassenmitteln nicht zulässig und nur die Versicherungsanstalt zu Leistungen auf Grund der §§ 1269 ff. RVO. berechtigt (zu vgl. Komm.-Ber. S. 263, 264).

Kriegsfürsorge der Knappschaftsvereine.

Der Brandenburger Knappschaftsverein hat in seiner Satzung einen § 90, nach dem er verpflichtet ist, auch an Kriegsteilnehmer die Leistungen der Krankenkasse zu gewähren, ohne daß diese Kassenbeiträge zahlen. Anfänglich erfüllte er auch die Leistungen voll; in einzelnen Fällen soll sogar darüber hinausgegangen worden sein. Der Vorstand des Vereins glaubte jedoch, auf die Dauer diese Mehrleistung nicht durchführen zu können. Er beschloß deshalb, an die verheirateten Mitglieder nur noch die Hälfte der üblichen Leistungen zu zahlen. Ledige sollten nur dann etwas erhalten, wenn sie glaubhaft nachwiesen, daß sie Angehörige von ihrem Verdienst unterhalten haben. Dem Vorstand kam aber bald selbst die Einsicht, daß er eigenmächtig eine solche Aenderung nicht durchführen kann. Er berief deshalb eine außerordentliche Generalversammlung auf den 29. November 1915 ein, die folgenden Nachtrag zur Satzung beschloß:

Artikel I. . . . Diejenigen Mitglieder, die für die Dauer des gegenwärtigen Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten, gelten als freiwillig weiterversichert im Sinne des § 10 der Satzung, sofern sie vor Eintritt in diese Dienste mindestens drei Monate auf einem Vereinswerk beschäftigt gewesen sind, oder sofern sie der Arbeitgeber bei kürzerer Beschäftigungsdauer für die freiwillige Weiterversicherung angemeldet. . .

Artikel II. . . . Für die Berechnung der Leistungen und der Beiträge wird die Lohnklasse II zugrunde gelegt. . .

Artikel III. . . . §§ 43 Abs. 1 und 44 des Knappschaftsgesetzes vom 17. Juni 1912 finden Anwendung.

Artikel IV. Dieser Nachtrag gilt vom 1. Januar 1915 ab.

Neben diesen Nachtrag bleibt der § 90 Abs. 4 der Satzung weiterbestehen, wonach die Kriegsteilnehmer von der Zahlung des Beitrags befreit sind. Nach diesem Beschluß, der die Genehmigung des zuständigen Kgl. Oberbergamtes fand, wird z. B. das Krankengeld für einen Kriegsteilnehmer einheitlich auf 75 Pf. pro Tag, das Sterbegeld auf 45 M. festgesetzt. Das ist gegen die früheren durchschnittlichen Leistungen eine Kürzung um zwei Drittel.

Mit der Pensionskasse hat diese Einrichtung im Knappschaftsverein nichts zu tun. Hier greift das für alle Knappschaftsvereine anwendbare Knappschaftskriegsgesetz ein und bestimmt, daß die Rechte an die Pensionskasse bestehen bleiben, ohne daß Anerkennungsgebühren bezahlt zu werden brauchen. Der Kriegsteilnehmer hat, wenn er als Invalide zurückkommt und Bergarbeit nicht mehr verrichten kann, Anspruch auf die Knappschaftspension nach der Klasse, der er bei der Einziehung angehörte. Ebenso die Witwen auf Witwenpension, wenn der Kriegsteilnehmer gefallen ist. Man sieht, daß der Krieg auch den Knappschaftsvereinen ansehnliche Opfer auferlegt.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Rechte, welche weiblichen Versicherten beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung zustehen.

I. Nach § 15 des Versicherungsgesetzes für Angestellte können männliche und weibliche Angestellte, die aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden (z. B.: weil ihr Jahresarbeitsverdienst 5000 M. übersteigt, oder weil sie im Auslande in den Dienst eines ausländischen Arbeitgebers treten, oder weil sie stellungslos werden), die Versicherung freiwillig fortsetzen, wenn sie mindestens sechs Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt haben. Die freiwillige Weiterversicherung, über die wir auf Anfrage Näheres mitzuteilen gern bereit sind, erfordert, wenn sie in der niedrigsten Klasse erfolgt, die Aufwendung von 1,60 M. monatlich. Nach den Ausführungen zu III, 1, b, Abs. 2 genügen acht und später vier Monatsbeiträge in jedem Kalenderjahr.

II. Nach § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte steht weiblichen Versicherten, die nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld infolge Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge zu. Die Erstattung schließt weitere Ansprüche an die Reichsversicherungsanstalt aus.

Diese Vorschrift kommt, da die Wartezeit beim Ruhegeld für weibliche Versicherte mindestens 60 Beitragsmonate beträgt, zur Zeit nur dann in Anwendung, wenn die Wartezeit gemäß § 395 des Versicherungsgesetzes für Angestellte durch Einzahlung der entsprechenden Prämienreserve abgekürzt worden ist.

III. Nach § 63 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird weiblichen Versicherten, die aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, auf Antrag an Stelle der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung (§ 15) oder der Erstattung von Beiträgen (§ 62) eine Leibrente gewährt, deren Höhe sich nach dem Werte der erworbenen Anwartschaft auf Ruhegeld und nach dem Alter der Antragstellerin richtet und vom Rentenausschuß festgesetzt wird.

1. Aus der Tatsache, daß die Leibrente an Stelle der freiwilligen Weiterversicherung gewährt wird, ziehen wir die nachstehenden Schlußfolgerungen:

a) Die Leibrente kann nur gewährt werden, wenn eine weibliche Versicherte aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, nachdem sie mindestens sechs Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt hat.

b) Der Antrag auf Gewährung der Leibrente kann nur gestellt werden, solange die durch Beitragsleistung erworbene Anwartschaft auf die Leistungen des Gesetzes noch nicht erloschen ist.

Nach § 49 des Versicherungsgesetzes für Angestellte erlischt nämlich die Anwartschaft, wenn nach dem Kalenderjahr, in welchem der erste Beitrag geleistet worden ist, innerhalb der zunächst folgenden zehn Kalenderjahre weniger als acht und nach dieser Zeit weniger als vier Beitragsmonate während eines Kalenderjahres zurückgelegt worden sind.

Nach § 50 Abs. 1 lebt die erloschene Anwartschaft wieder auf, wenn innerhalb des dem Kalenderjahre der Fälligkeit der Beiträge folgenden Kalenderjahres die rückständigen Beträge nachgezahlt werden.

Ist eine Anwartschaft während der Wartezeit erloschen, so kann nach § 50 Abs. 2 die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf Antrag die rückständigen Beiträge stunden. Der Antrag muß vor Ablauf der in § 50 Abs. 1 bezeichneten Frist gestellt werden. Spätere Pflichtbeiträge können, soweit sie nicht gemäß § 49 zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft erforderlich sind, auf die gestundeten Beiträge angerechnet werden. Durch die Anrechnung lebt die Anwartschaft wieder auf.

c) Es ist unstatthaft, zunächst die Versicherung freiwillig fortzusetzen und den Antrag auf Gewährung einer Leibrente erst später zu stellen.

2. Wir bemerken aber, daß über die Frage der Zulässigkeit des Antrages auf eine Leibrente eine höchstinstanzliche Entscheidung noch nicht vorliegt.

3. Die Tarife zur Berechnung der Leibrenten hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte mit Genehmigung des Bundesrats durch Beschluß vom 22. Oktober 1914 festgesetzt. Der Beschluß ist nebst Erläuterungen im 11. Hefte des Jahrganges 1914 der Angestelltenversicherung (S. 248) abgedruckt.

4. Eine weibliche Versicherte, die den Antrag auf Gewährung einer Leibrente stellt, kann beantragen, daß die Festsetzung des Beginns und der Höhe der Leibrente für einen späteren Zeitpunkt vorbehalten wird.

5. Da zur Zeit noch keine erheblichen Beitragssummen entrichtet sein können, sind auch die Leibrenten, die jetzt zu gewähren sind, nur ganz geringfügig. Wenn z. B. für eine am 3. Februar 1894 geborene weibliche Versicherte in der Zeit vom 1. Oktober 1914 bis zum 1. Oktober 1916 Beiträge der Gehaltsklasse C mit 4,80 M. monatlich entrichtet worden sind, so beläuft sich eine sofort beginnende Leibrente auf jährlich 2,13 M., und eine um dreißig Jahre aufgeschobene, also erst am 1. Oktober 1946 beginnende Leibrente würde die Höhe von 10,10 M. jährlich erreichen.

6. Der Antrag auf Gewährung einer Leibrente ist an den Rentenausschuß zu richten. Hierbei ist anzugeben, von welchem Zeitpunkt ab die Rente gewünscht wird. Ferner ist beizufügen oder nachzureichen: die Versicherungskarte zur Angestelltenversicherung und eine standesamtliche Geburtsurkunde, die nach § 337 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gebühren- und stempelfrei erteilt wird.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Versicherungspflicht von Musikern.

A.

I. Einzelmusiker können versicherungspflichtig sein als Musiklehrer oder als Angestellte in gehobener oder leitender Stellung.

1. Als Musiklehrer sind sie versicherungspflichtig, auch wenn diese Tätigkeit nicht ihren Hauptberuf bildet. Sie sind aber versicherungsfrei nach Maßgabe der zu § 8 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ergangenen Verordnung des Bundesrats vom 9. Juli 1913 (RGBl. S. 571). Hiernach sind versicherungsfrei: vorübergehende Dienstleistungen als Handlungsgehilfe, Gehilfe in Apotheken, Bühnen- oder Orchestermitglied, Lehrer oder Erzieher, wenn sie

a) von Personen, die überhaupt berufsmäßig keine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung ausüben, nur gelegentlich, insbesondere zur gelegentlichen Aushilfe, ausgeführt werden,

b) von Personen, die sonst berufsmäßig keine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung ausüben, zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt, ausgeführt werden. Als geringfügig gilt ein Entgelt, wenn er für den Lebensunterhalt während des Zeitraumes, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, nicht wesentlich ist.

2. Als Angestellte in gehobener oder leitender Stellung sind Musiker dann versicherungspflichtig, wenn diese Tätigkeit ihren Hauptberuf bildet.

Wann Musiker als Angestellte in gehobener oder leitender Stellung anzusehen sind, entscheiden die Umstände des einzelnen Falles; z. B. ist für die Musiker in Kinematographentheatern eine gehobene Stellung anzunehmen, da die Art ihrer Beschäftigung durch die Notwendigkeit der Anpassung an das Filmstück den Charakter einer gehobenen, unter § 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte fallenden Tätigkeit erhält.

II. Einzelmusiker sind als selbständige Unternehmer anzusehen, z. B. wenn sie Inhaber von Musikschulen sind oder wenn sie sich zur Abhaltung von Konzerten Säle mieten.

B.

Ein Orchester kommt in Frage, wenn wenigstens drei Musiker zusammen spielen und sich in musikalischer Hinsicht dem Willen eines Einzelnen unterordnen; hierbei ist nicht ausgeschlossen, daß der Leiter in einzelnen Stücken eine Stimme mitspielt, die bereits im Orchester vertreten ist. Als Orchestermitglieder gelten sämtliche zu dem Orchester gehörige Musiker einschließlich des Kapellmeisters.

I. Orchestermitglieder sind versicherungspflichtig, auch wenn diese Tätigkeit nicht ihren Hauptberuf bildet. Sie sind jedoch versicherungsfrei unter den Voraussetzungen der bereits erwähnten Verordnung des Bundesrats zu § 8 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Der Leiter der Kapelle ist als Arbeitgeber der übrigen Orchestermitglieder z. B. dann anzusehen, wenn er den Saal, in dem das Konzert gegeben wird, gemietet hat und wenn ihm die Einnahmen des Konzerts zufließen, während die übrigen Orchestermitglieder ihren Entgelt von ihm erhalten.

Wird dagegen die gesamte Kapelle von einem Verein oder dem Inhaber eines Saales, eines Gast- oder Kaffeehauses angenommen, so ist der Verein oder der Inhaber als Arbeitgeber der gesamten Orchestermitglieder anzusehen, auch wenn von ihm die Vergütung nur an den Leiter der Kapelle bezahlt wird, während die übrigen Orchestermitglieder ihren Entgelt vom Leiter der Kapelle erhalten. In dieser Hinsicht ist die Rechtslage für die Angestelltenversicherung die gleiche wie für die Invalidenversicherung. Es lassen sich also die vom Reichsversicherungsamt in der Entscheidung vom 21. Juni 1912 (Amtl. Nachr. 1912 S. 940 Nr. 1639) für die Invalidenversicherung aufgestellten Grundsätze auch auf die Angestelltenversicherung anwenden. In der Entscheidung heißt es:

„Infolge der gesteigerten Ansprüche des Publikums und des schärferen Wettbewerbes" hat „die Entwicklung in den letzten Jahren dahin geführt, daß größere Kaffeehäuser und ähnliche Wirtschaften ohne Hauskapelle kaum noch auskommen. Dies hat auch das Verhältnis der Hauskapellen zu den Wirten umgestaltet. Während der Hauskapelle früher die Stellung eines selbständigen Unternehmens neben der Wirtschaft beigemessen werden konnte, gehört sie jetzt, ebenso wie die Kellner, Aufwärter, Zeitungs- und Ansichtskartenverkäufer, Toilettenwärter und das Garderobenpersonal zum Bestand eines größeren Wirtschaftsunternehmens. Ihre Leistungen haben keine selbständige Bedeutung mehr, sondern erscheinen als Hilfsleistungen im Gewerbe des Wirts zur Förderung seines Betriebes, zur Anziehung und Unterhaltung seiner Gäste. Das Gesamtunternehmen, das den Zweck verfolgt, die Gäste zu bewirten und zu unterhalten, und zu dessen Einrichtungen unter anderem die Musikkapelle gehört, stellt einen einheitlichen Betrieb des Gastwirts oder Kaffeehausunternehmers dar. Dem Wirte kommt der größere oder geringere Nutzen zugute, der aus dem ganzen Betriebe wie aus seinen einzelnen, ineinandergreifenden Zweigen fließt. Anderseits gereicht ihm ein weniger guter Besuch seines Lokals und seiner Darbietungen zum unmittelbaren Nachteil. Die Einnahmen der Musikkapelle dagegen, insbesondere ihres Kapellmeisters, sind von dem besseren oder schlechteren Besuche des Gast- oder Kaffeehauses unabhängig. Der Kapellmeister erhält auf jeden Fall die vereinbarte Vergütung und hat mit seinen Musikern nur eine bestimmte Stundenzahl zum Nutzen des Wirtes zu spielen. Er bemüht sich auch nicht um die polizeiliche Erlaubnis zu den Musikaufführungen; das ist Sache des Wirtes. Der Kapellmeister ist sonach nur Mittelsperson und selbst vom Wirte beschäftigt. Seine Stellung gleicht der eines Akkordanten (zu vergleichen Ziffern 13, 14, 16, 17, 21, 47 der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912 über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, Amtl. Nachr. des RVA.

1912 (S. 721). Demgemäß ist, wenn es sich um Verhältnisse wie die vorliegenden handelt und nicht der Tatbestand des einzelnen Falles zu einer abweichenden Stellungnahme nötigt, im allgemeinen nicht der Kapellmeister, sondern der Wirt als der beitragspflichtige Arbeitgeber der Musiker anzusehen."

II. Orchestermitglieder sind als selbständige Unternehmer anzusehen, wenn die Kapelle auf gesellschaftlicher Grundlage aufgebaut ist, so daß insbesondere der Gewinn geteilt wird, und wenn die Kapelle als Ganzes nicht in einem Angestelltenverhältnis zu einem Dritten steht, wenn sie sich also zum Beispiel ihre Konzertsäle selbst mietet.

C.

Was die Tätigkeit der Beamtenmusiker betrifft, so ist von Fall zu Fall zu prüfen, ob auf die Beamtentätigkeit die Voraussetzungen des § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zutreffen. Nach § 9 sind nämlich versicherungsfrei die in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Trägers der reichsgesetzlichen Arbeiter- und Angestelltenversicherung Beschäftigten, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten im Mindestbetrage nach den Sätzen einer vom Bundesrate festzusetzenden Gehaltsklasse gewährleistet ist. Das Gleiche gilt für die Geistlichen der als öffentlich-rechtliche Korporationen anerkannten Religionsgesellschaften, sowie für Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten. Ist nun der Beamte in seiner dienstlichen Tätigkeit gemäß § 9 versicherungsfrei und bildet die dienstliche Tätigkeit seinen Hauptberuf, so hat die Versicherungsfreiheit des Hauptberufs auch die des Nebenberufs als Musiker zur Folge. Kommt dagegen § 9 nicht in Frage oder stellt sich ausnahmsweise die Beamtentätigkeit nicht als Hauptberuf dar, so gilt für den Beamtenmusiker das Gleiche wie für jeden anderen Musiker.

D.

Soweit Militärkapellen als solche außerhalb des Dienstes konzertieren, ist eine Versicherungspflicht nicht anzunehmen. Denn weder können die Mitglieder der Kapelle als Angestellte des Lokalinhabers angesehen werden, da in diesem Falle nicht ein den privaten Musikkapellen in Kaffeehäusern ähnliches Vertragsverhältnis vorliegt, noch kommt etwa der Leiter der Kapelle als Arbeitgeber in Betracht, da erfahrungsgemäß in diesen Fällen das Spielen stets auf gesellschaftlicher Grundlage stattfindet.

Dagegen können die einzelnen Militärmusiker nach Maßgabe der oben dargelegten Grundsätze versicherungspflichtig sein. Zwar sind sie Personen des Soldatenstandes, nach § 10 Ziff. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte sind aber Personen des Soldatenstandes nur insoweit versicherungsfrei, als es sich um ihre dienstlichen Verrichtungen oder um eine Tätigkeit während der Vorbereitung zu einer pensionsberechtigten und darum gemäß § 9 a. a. O. versicherungsfreien bürgerlichen Beschäftigung handelt.

Zu beachten ist jedoch, daß die militärdienstliche Tätigkeit regelmäßig den Hauptberuf der Militärmusiker bildet. Sie unterliegen also im allgemeinen nur als Musiklehrer oder als Mitglieder eines nicht militärischen Orchesters der Versicherungspflicht; aber auch in dieser Tätigkeit werden sie oft gemäß der oben im Abschnitt A. I. 1. mitgeteilten Bundesratsverordnung versicherungsfrei sein.

Schließlich ist bei den Militärmusikern noch zu berücksichtigen, daß sie nach mehr als achtzehnjähriger Dienstzeit einen unbedingten Anspruch auf Militärrente und Hinterbliebenenfürsorge haben, so daß sie alsdann den im Abschnitt C behandelten Beamtenmusikern gleichzustellen sind.

Literarisches.

Die Arbeiterfrage. Von Professor Dr. Heinrich Herkner. Sechste, erweiterte und umgearbeitete Auflage. Berlin 1916 bei J. Guttentag. Zwei Bände, 502 und 515 Seiten. Preis 11,50 M.

Der Verfasser nennt diese umfassende Darstellung eine „Einführung" und deutet damit wohl an, daß er nicht in Anspruch nimmt, die Fülle der Einzelprobleme, in die sein Hauptproblem sich auflöst, ausgeschöpft zu haben, daß er sich darauf beschränken muß, diese Fülle zu entfalten, die Bedeutung der Einzelfragen je für sich und in ihrem Zusammenhange mit einander und mit dem Hauptgegenstande aufzuzeigen und zu ihnen Stellung zu nehmen. Geht er hiernach im einzelnen nicht in die Breite, so mangelt es seiner Darstellung doch nirgends an Tiefe. Ueberall sichtet und prüft er sorgfältig die Tatsachen, bringt in den Grund der Erscheinungen ein und baut darauf sein Urteil, das er sachlich und ruhig entwickelt, ohne Leidenschaft und doch nicht ohne Wärme — so wie es sich für diese Frage ziemt, in der nun einmal, neben dem streng wägenden, wissenschaftlichen Sinn, auch das Gefühl zum Worte zu verstatten ist. Daher kommt es denn vor und nimmt sich garnicht übel aus, daß gelegentlich auch der Genius eines Dichters heraufbeschworen wird. — Der erste Band gliedert sich in zwei Teile: „Die Grundlagen der Arbeiterfrage" und „die soziale Reform" (das 13. Kapitel ist der Arbeiterversicherung gewidmet). Der zweite Band behandelt „Soziale Theorien und Parteien", und zwar in drei Abschnitten die verschiedenen sozialkonservativen, liberalen und sozialistischen Richtungen. Im ersten Teil also wird gezeigt, wie und warum eine soziale Bewegung in Fluß gekommen ist und welches das Wesen und die Wirksamkeit derjenigen Reformen ist, die als unmittelbare oder mittelbare Früchte der Bewegung angesehen werden dürfen; daran schließt sich dann im zweiten Teil eine Geschichte der sozialen Theorien und Parteien in ihrer besonderen Bedeutung für die industrielle Arbeiterfrage. An das Schlußkapitel über die sozialistische Arbeiterbewegung im Weltkriege reiht sich noch der übliche

Rückblick und Ausblick. Der Krieg wird als „Katastrophe der Katastrophentheoretiker" dargestellt. Die überlieferte Wirtschaftsordnung, deren Zusammenbruch mit dem Weltkriege gleichbedeutend sein sollte, habe bedeutende Widerstandskraft, Anpassungs- und Leistungsfähigkeit bewiesen. Die notwendig gewordenen Eingriffe staatssozialistischer Art seien durch die bestehende Staatsgewalt auf gesetzmäßigem Wege vorgenommen worden und seien nur ein Triumph des staaterhaltenden, nicht des revolutionären Sozialismus; aber die sozialistische Arbeiterbewegung dürfe das Verdienst in Anspruch nehmen, die weitesten Kreise sozialistisch denken gelehrt und dadurch diese einzigartigen Leistungen wirksam vorbereitet zu haben. Die Erfahrungen der Kriegszeit hätten vielen erst die richtige Einsicht in den ungeheuren Wert unserer Sozialpolitik eröffnet, der besonders auch in der Erhaltung der Wehrfähigkeit und in der Entwicklung der nationalen Gesinnung in der Arbeiterklasse zutage getreten sei. Aus der veränderten Stellung der Sozialdemokratie die entsprechenden politischen Folgerungen zu ziehen, der Arbeiterklasse künftig mit derselben Unbefangenheit und demselben Verständnis gegenüberzutreten wie den übrigen Gesellschaftsklassen, die mannigfachen in dieser Hinsicht noch bestehenden Mängel und Rückständigkeiten (auf die im einzelnen hingewiesen wird) zu beiseitigen, sei eine nationale Notwendigkeit.

Daß alle Darlegungen und Ausführungen des Verfassers vom Geist der Unparteilichkeit und Gerechtigkeit getragen sind, ist selbstverständlich bei einem Manne, der sein Problem nicht nur unter volkswirtschaftlichen und politischen, sondern auch unter ethischen Gesichtspunkten erfaßt und es nicht nur mit kühlen Verstandeserwägungen, sondern auch mit sittlichen Empfindungen betrachtet.

Rechtsfragen beim Gruppenakkordvertrage. Von Dr. Karl Adolf Ihrig. München und Leipzig 1916 bei Duncker & Humblot. 98 Seiten. Preis 3 M.

Es handelt sich um den Vertrag, der vorliegt, wenn mehrere Personen als Arbeitnehmer mit einer oder mehreren Personen als Arbeitgebern ein Vertragsverhältnis eingehen, indem jene versprechen, in gemeinsamer Arbeit einen und denselben Erfolg zu bewirken, wofür ihnen von der Gegenseite eine gemeinsame Entlohnung zugesagt wird. Dabei ist zu unterscheiden zwischen dem „äußeren" Rechtsverhältnis, das sich nach der Ansicht des Verfassers als Dienstvertrag, nicht als Werkvertrag darstellt, und dem „inneren" Verhältnis der die Gruppe bildenden Arbeitnehmer, das als Gesellschaftsvertrag aufgefaßt wird. Das Zustandekommen, die Rechtswirkung und die Beendigung dieser beiden Rechtsverhältnisse werden je für sich erörtert, und schließlich wird noch die besondere Stellung des Akkordführers betrachtet. Die Arbeit ist ein fesselnder und recht beachtenswerter Versuch, eine wichtige Form des Arbeitsvertrages, deren Eigenart die Gesetzgebung bisher nicht besonders berücksichtigt hat, in ihren Grundzügen zu kennzeichnen und bestimmten allgemeinen Gesetzesvorschriften unterzuordnen. Die Darstellung ist durchsichtig und leicht faßlich — trotz der Ueberfülle leicht vermeidbarer Fremdwörter, an der ein deutscher Leser, auch wenn er keineswegs ein peinlicher „Sprachreiniger" ist, Anstoß nehmen muß. Wir greifen nur beispielsweise, wahllos heraus: Typ (Vertragstyp, Obertyp), synonym, exakt, postuliert, Konstellation, Differenz, Konstatierung, Kriterium, These, Distinktion, exzeptionell, manuell, indiziert usw. Das ist nur eine kleine Auslese; manchmal drängen sich diese Fremdlinge auf einer Seite in recht anstößiger Weise, und man wird dafür nur wenig entschädigt, wenn man an anderen Stellen so kerndeutsche Bildungen findet, wie: Nichtanwendungsmöglichkeit (S. 28) Alleinmütigkeit (93). Gerade wer so Beachtenswertes zu sagen hat, wie der Verfasser, sollte sich auch die Pflege der Form etwas mehr angelegen sein lassen.

General-Index für die Jahrgänge 1910 bis 1914 der „Amtlichen Nachrichten" des k. k. Ministeriums des Innern, betreffend die Unfallversicherung und Krankenversicherung der Arbeiter (Zweiter Ergänzungsband zum Hauptbande für 1888 bis 1904). Im Auftrage des k. k. Ministeriums verfaßt von Oberinspektor Roman Nußbaumer. Wien 1915, k. k. Hof- und Staatsdruckerei. Preis 7,50 Kr.

Der durch den ersten Ergänzungsband vervollständigte „Generalindex" ist im vorliegenden Bande bis zum Jahrgang 1914 fortgeführt. Dabei sind in zweckmäßiger Weise alle Schlagwörter der früheren Bände, unter Anziehung der betreffenden Stellen, aufgenommen, so daß der Band für sich allein schon einen Ueberblick über den Gesamtinhalt der „Amtlichen Nachrichten" gewährt. Der Pensionsversicherung ist im allgemeinen Teil eine besondere Unterabteilung gewidmet. Es schließen sich an: II. Unfallversicherung; III. Krankenversicherung; IV. Bruderladen. In knappen und klaren Sätzen wird unter den einzelnen Schlagwörtern der Inhalt der in Betracht kommenden Entscheidungen, unter Mitteilung des Wesentlichsten aus der Begründung, gekennzeichnet.

In dieser Gestalt darf das Buch, bei den weitgehenden Aehnlichkeiten des österreichischen Sozialversicherungsrechts mit dem unseren, auch das Interesse deutscher Sozialpolitiker und Behörden beanspruchen.

Kriegswochenhilfe. Von Helmut Lehmann. Dritte durchgesehene und erweiterte Auflage. Berlin 1916, Formular-Verlag.

Das Heft (64 Seiten) bringt die drei auf die Kriegswochenhilfe bezüglichen Bekanntmachungen des Reichskanzlers, sowie die Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 über Nachweisung usw. der von den Krankenkassen verauslagten Beträge, nebst Formularen und Erläuterungen, die — entsprechend dem Zwecke, eine handliche Zusammenstellung zu bieten — von der Erwähnung oder gar Erörterung streitiger Fragen bewußt absehen und sich nur auf zweifelsfreie, insbesondere in der bisherigen Rechtsprechung anerkannte Auslegung beschränken. Wir verweisen auf unsere den Wert der Arbeit anerkennenden Anzeigen der ersten und der zweiten Auflage im Jahrg. 1916 S. 214 und 478. Daß so bald eine dritte Auflage notwendig geworden ist, bezeugt die praktische Brauchbarkeit der Arbeit.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Zur Krankenversicherung pensionsberechtigter und pensionierter Beamten.

1. Nach Frankfurt a. M. Fragen: a) Ist ein pensionsberechtigter Beamter (Sekretär oder Assistent) mit einem Diensteinkommen unter 2500 M. berechtigt, sich auf Grund des § 176 (§ 165 Abs. 1) RVO. bei einer Pflichtkasse freiwillig zu versichern?

b) Ist ein pensionsberechtigter Beamter, dem von seiner Behörde die fast ausschließlich außerdienstliche Erledigung der Kassenführergeschäfte der städtischen Betriebskrankenkasse übertragen worden ist und dafür neben seinem Gehalt eine monatliche Entschädigung von 100 M. erhält, krankenversicherungspflichtig?

c) Ist ein pensionsberechtigter Beamter, dem auf seinen Antrag von der vorgesetzten Behörde eine außerdienstliche Beschäftigung, z. B. um seine sehr zahlreiche Familie durchbringen zu können, gestattet ist, und der außerdienstlich ungefähr 60 M. (monatlich?) verdient, aus dieser Nebenbeschäftigung (Buchhalter) krankenversicherungspflichtig?

d) Ist ein pensionierter Beamter mit einer Pension von 4200 M., der die Geschäfte eines stellvertretenden Standesbeamten gegen eine Entschädigung von 6 M. (?) vorübergehend innehat, krankenversicherungspflichtig?

Antwort: Ein pensionsberechtigter Beamter ist unter der Voraussetzung des § 165 Abs. 2 RVO. versicherungspflichtig, wenn er nicht auf Grund des § 169 versicherungsfrei oder nach §§ 170, 171 von der Versicherungspflicht befreit ist. Die Fragen zu a, b, c haben daher nur dann einen Sinn, wenn einer der Fälle der §§ 169, 170, 171 vorliegt, was aus der bloßen Tatsache der Pensionsberechtigung noch nicht folgt. Ist aber im vorliegenden Falle tatsächlich Versicherungsfreiheit nach einer der angeführten Vorschriften begründet, so sind die Fragen zu a, b, c wie folgt zu beantworten:

a) Die Versicherungsberechtigung folgt zweifelsfrei aus § 176 Abs. 1 Ziff. 1 RVO.

b) In seiner Eigenschaft als Kassenführer der städtischen Betriebskrankenkasse ist der Beamte ein Angestellter in gehobener Stellung im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 2 und daher nur dann versicherungspflichtig, wenn diese Beschäftigung seinen Hauptberuf bildet — was ersichtlich nicht der Fall ist. Die Frage ist also zu verneinen.

c) Ein Buchhalter ist nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 oder 3 als Gehilfe oder Handlungsgehilfe versicherungspflichtig, auch wenn er diese Tätigkeit nur als Nebenbeschäftigung ausübt. Daher finden wir keinen Grund, die Versicherungspflicht deshalb zu verneinen, weil der Buchhalter im Hauptberuf ein pensionsberechtigter Beamter ist.

d) Als stellvertretender Standesbeamter nimmt der Pensionär eine gehobene Stellung ein. Er wäre daher nur versicherungspflichtig, wenn diese Beschäftigung seinen Hauptberuf bildete (oben zu b). Dies ist aber zu verneinen, obwohl es sich um die einzige Berufstätigkeit handelt. Denn diese Tätigkeit ist, im Hinblick auf die wirtschaftliche und soziale Stellung eines mit 4200 M. pensionierten Beamten, nicht von ausschlaggebender Bedeutung (zu vgl. Entsch. des RVA. 2045, Amtl. Nachr. 1915 S. 578, Arb.-Vers. 1915 S. 589).

Rechtslage nach § 420 RVO., wenn der erkrankte Dienstbote den Dienst verläßt.

2. Nach Darkehmen. Antwort: Aus den §§ 167, 168 der Preuß. Gesindeordnung vom 8. November 1810 ergibt sich, daß der Arbeitgeber den Dienstboten, der den Dienst ohne gesetzmäßige Ursache verläßt, nicht wieder anzunehmen braucht, daß er also den Dienstvertrag als gelöst betrachten darf. Alsdann entfällt auch der Anspruch des Dienstboten auf die Leistungen, welche der Arbeitgeber ihm gemäß § 420 RVO. zugesichert hat, schon vor Ablauf der vereinbarten Geltungsdauer des Vertrages, und es wird, wenn der Dienstbote über die Lösung des Vertrages hinaus krank und arbeitsunfähig ist, der Abs. 2 des § 420 wirksam, wonach die Kasse Krankengeld zu zahlen und der Arbeitgeber es ihr zu erstatten hat. Das Dienstmädchen ist dieses Anspruchs auf Krankengeld nicht dadurch verlustig gegangen, daß sie nach ihrer Erkrankung von ihrem Vater abgeholt wurde und sich mit ihm, ohne Erlaubnis des Arbeitgebers, nach der außerhalb des Kassenbezirks belegenen väterlichen Wohnung begeben hat. Nur für den Anspruch auf Krankenpflege, nicht auch für den Anspruch auf Krankengeld gilt der Kassenbezirk als Erfüllungsort in dem Sinne, daß die Leistungspflicht der Kasse außerhalb des Kassenbezirks sich überhaupt erledigt (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 10a und b zu § 182 RVO.), wobei noch in Betracht kommt, daß selbst der Wegfall des Anspruchs auf Krankenpflege zweifelhaft ist, wenn nach den Umständen des Falles die elterliche Wohnung als der natürliche Zufluchtsort und Wohnort der Versicherten angesehen werden konnte (Arb.-Vers. 1913 S. 93 Ziff. 1, S. 216 Ziff. 7, S. 480 Ziff. 4). Die Versicherte hat den Anspruch auf Krankengeld auch dadurch nicht verloren, daß sie der Aufforderung der Kasse, sich in ein Krankenhaus im Kassenbezirk zu begeben, keine Folge leistete. Denn da sie im Zeitpunkte dieser Aufforderung längst wieder im Haushalt ihrer Familie lebte, konnte sie, beim Mangel besonderer Gründe, nach § 184 RVO. überhaupt nicht ohne ihre Zustimmung in ein Krankenhaus eingewiesen werden. — Die satzungsmäßige Dauer des Anspruchs der Versicherten ist vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu berechnen; hierauf sind zunächst bis zur Beendigung

des Dienstverhältnisses die Leistungen des Arbeitgebers, die ja an die Stelle des Krankengeldes getreten waren, anzurechnen, während für den Rest der Zeit die Kasse Krankengeld zu zahlen und es vom Arbeitgeber erstattet zu verlangen hat.

Berechnung der Unterstützung.

3. **Nach Namslau.** Antwort: Das Mitglied ist im Recht. Werden abwechselnd volle Krankenhilfe und nur Krankenpflege gewährt, so wird die Dauer der letzteren, während deren kein Krankengeld bezogen wurde, auf die Unterstützungsdauer bis zu 13 Wochen nicht angerechnet (§ 183 RVO.). Das Mitglied hat erhalten für 114 Tage volle Krankenpflege, für 13 Wochen (91 Tage) nur Krankenpflege. Da diese nicht anzurechnen ist, so besteht noch Anspruch auf Unterstützung für 183 — 114 = 69 Tage.

Ruhen der Kriegswochenhilfe während der Erwerbstätigkeit des Kriegsteilnehmers.

4. **Nach Rossen.** Antwort: In einem Bescheid des Reichskanzlers (Arb.-Vers. S. 56) wird ausgeführt, daß ein Anspruch auf Kriegswochenhilfe für diejenige Zeit nicht besteht, in der der Kriegsteilnehmer eine Erwerbstätigkeit ausübt. Als Grund wird angegeben, daß nach der Absicht des Bundesrats nur diejenigen Wöchnerinnen als Ehefrauen von Kriegsteilnehmern Anspruch auf Kriegswochenhilfe haben sollen, deren Ehemänner nicht wieder erwerbsfähig geworden und deshalb nicht in der Lage sind, im Entbindungsfalle selbst für Weib und Kind zu sorgen.

Ablauf der Leistungsdauer der Krankenhilfe bei Krankenpflege ohne Arbeitsunfähigkeit.

5. **Nach Münster i. W.** Frage: Ein seit Jahren an Lupus erkranktes Kassenmitglied nahm Ende März 1914 wegen Verschlimmerung des Leidens (offene Wunde) die Krankenkasse in Anspruch. Die Kranke hat auf Kosten der Kasse zweimal den Arzt aufgesucht, welcher Salbe und Arznei verordnete. Als diese verbraucht waren, ist die Kasse nicht weiter in Anspruch genommen, angeblich, weil die Wunde nicht ständig offen war. Die weiter notwendigen Verbände hat dann das Kinderheim, in dem die Kranke als Kindermädchen beschäftigt war, geliefert. Die Kranke hat die Verbände selbst angelegt, oder es hat ihr jemand dabei geholfen. Aerztliche Behandlung hat nicht mehr stattgefunden, auch ist keine Arznei mehr verordnet worden, nur hat der Hausvater des Kinderheims der Kranken einmal eine Salbe verabreicht. Während der ganzen Zeit hat Arbeitsfähigkeit bestanden. Vom 6. November 1914 bis 6. März 1915 wurde von der Versicherungsanstalt wegen des Lupusleidens ein Heilverfahren durchgeführt. Die Krankenkasse lehnt nun die Zahlung des Krankengeldes für diese Zeit ab, weil es sich um ein Leiden handle, welches fortlaufend ärztliche Behandlung und Arznei erforderte und für welches die Krankenhilfe nach § 183 RVO. Ende September 1914 endete. Ist die Verpflichtung der Krankenkasse mit der Gewährung der eingangs bezeichneten Krankenpflege erfüllt?

Antwort: Nach Ihren Angaben nehmen wir an, daß die Versicherte von Ende März 1914 ab fortdauernd zunächst ärztlicher Behandlung und gewisser Heilmittel, weiterhin aber nur noch der Heilmittel, nämlich der Salbe und der Verbände bedurft hat. Daß sie zuletzt diese Mittel nicht von der Kasse beansprucht, sondern sich anderweit beschafft hat, ist gleichgültig; unter Umständen würde der Anspruch auf Ersatz der Kosten durch die Kasse gegeben sein. Jedenfalls ist durch die Inanspruchnahme der Kasse Ende März 1914 die im § 183 RVO. bestimmte Leistungsdauer für die Krankenhilfe in Lauf gesetzt und, weil das Bedürfnis dafür ununterbrochen fortbestand, ohne daß Krankengeld bezogen wurde, Ende September abgelaufen. Sollte etwa nachher noch Arbeitsunfähigkeit hinzugetreten sein, so konnte diese einen Anspruch gegen die Kasse wegen der ununterbrochen fortdauernden einheitlichen Krankheit nicht mehr erzeugen. Zu vgl. unser Nachsatz in Arb.-Vers. 1911 S. 864.

Mietswohnungen im eigenen Verwaltungsgebäude der Kasse.

6. **Nach J.** Frage: Unsere Krankenkasse beabsichtigt ein Verwaltungsgebäude auf bereits erworbenem Bauplatz zu errichten. Um das Unternehmen rentabler zu machen, ist man sich einig, ein mehrstöckiges Gebäude mit Mietwohnungen zu errichten, so daß nur ein kleiner Teil des ganzen Hauses für eigentliche Verwaltungszwecke der Kasse in Frage käme. Würde die Aufsichtsbehörde bei der Ausführung dieses Planes gemäß § 30 RVO. berechtigt sein hiergegen einzuschreiten, weil ein Verstoß gegen § 363 a. a. O. vorliegt? Muß der Aufsichtsbehörde von vorstehendem Vorhaben Kenntnis gegeben werden?

Antwort: Das Gebäude soll hauptsächlich Verwaltungszwecken dienen, und die Einrichtung von Mietswohnungen ist nur beabsichtigt, um die Verwaltungskosten zu verringern. Damit aber werden die Mittel der Kasse zu den Verwaltungskosten verwendet. Man darf § 363 RVO. nicht engherzig dahin auslegen, daß jede Verwendung von Kassenmitteln einzig und allein unmittelbar den in § 363 RVO. angegebenen Zwecken dienen müsse. Daher halten wir die Aufsichtsbehörde nicht für berechtigt, gegen den geplanten Bau gemäß § 30 RVO. einzuschreiten. Immerhin empfiehlt es sich, ihr von dem Plan vor seiner Ausführung Mitteilung zu machen.

Kein Ersatzanspruch der Kasse an den Militärfiskus wegen Kriegsverletzung.

7. **Nach Bergheim.** Antwort: Ihre Auffassung ist irrig. Der Kasse stehen keinerlei Ersatzansprüche gegen den Militärfiskus zu, auch wenn die Krankheit des Versicherten die Folge einer Kriegsverletzung ist. Zu vgl. Arb.-Vers. 1915 S. 550 Ziff. 6.

Uebernahme der vollen Versicherungsbeiträge durch die Kasse. — Verwendung der Strafgelder.

8. **Nach C.** Antwort: Die Kasse ist gesetzlich allerdings nur verpflichtet, für ihre Angestellten den Arbeitgeberanteil an Beiträgen zur Kranken- und zur Invalidenversicherung zu tragen. Es verstößt aber nicht gegen das Gesetz, wenn sie auch den Arbeitnehmeranteil übernimmt, sei es, daß sie sich hierzu durch den Anstellungsvertrag verpflichtet hat, sei es, daß sie das aus Gründen der Billigkeit oder der Zweckmäßigkeit tut. Die hierfür aufgewendeten Beträge gehören zu den Verwaltungskosten, können also aus den Mitteln der Kasse entnommen werden. Zu diesen gehören übrigens auch die Strafgelder, die die Kasse auf

Grund der §§ 530, 531 RVO. einzieht. Sie dürfen also gleichfalls nur zu den im § 363 genannten Zwecken verwendet werden.

Berechnung der Leistungsdauer nach §§ 183, 188 RVO. — Rotwein als Heilmittel?

9. Nach Stolp i. Pom. Frage: a) Wir waren der Ansicht, daß der Beginn einer Unterstützungsdauer durch irgendwelche Kassenleistung (wenn auch nur Krankenpflege) bestimmt würde, und wenn der Erkrankte nur mit Unterbrechung arbeitsunfähig wird, so sei die Zeit seines Krankseins bei Arbeitsfähigkeit über 13 Wochen hinaus auf die Zeit des Krankengeldbezuges anzurechnen. Z. B. ein Erkrankter bezieht 10 Wochen nur Krankenpflege, dann 14 Wochen Krankengeld, wieder 10 Wochen nur Krankenpflege und wird dann wieder arbeitsunfähig, so sei demselben nur noch für 5 Wochen Krankengeld innerhalb 12 Monaten zu gewähren, weil von den 10+10=20 Wochen Kranksein bei Arbeitsfähigkeit 13 Wochen nicht angerechnet werden, und die verbleibenden 7 Wochen Krankenpflege mit den 14+5 Wochen Krankengeldbezug 26 Wochen ausmachen. — Unser Versicherungsamt meint, nach Satz 2 des § 183: „Fällt in den Krankengeldbezug usw." dürfe die Krankenpflege über die 13 Wochen hinaus nur angerechnet werden, wenn der Leistungsfall mit Krankengeldbezug beginne. — Ist diese Ansicht richtig?

b) Wie berechnet man folgenden Fall? Das Mitglied ist

1. vom 5. 1. 14 bis 19. 4. 14 als krank in ärztlicher Behandlung, aber arbeitsfähig,
2. vom 20. 4. 14 bis 19. 5. 14 arbeitsunfähig,
3. vom 27. 6. 14 bis 23. 3. 15 krank, aber arbeitsfähig (immer in Behandlung),
4. vom 8. 5. 15 bis 9. 8. 15 krank und arbeitsfähig,
5. vom 10. 8. 15 bis 29. 9. 15 arbeitsunfähig,
6. vom 7. 10. 15 bis 29. 11. 15 krank und arbeitsfähig,
7. vom 30. 11. 15 bis 31. 12. 15 arbeitsunfähig,
8. vom 1. 1. 16 bis heute krank, aber arbeitsfähig.

Vom 23. 3. 15 bis 8. 5. 15 hat der Kranke Arzt und Apotheke nicht in Anspruch genommen. — Beginnt hier mit dem 8. 5. 15 ein neuer Erkrankungsfall? (Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit: chron. Magenkatarrh). Wäre der Kranke dann am 8. 2. 16 von der Kasse für diese laufenden 12 Monate ausgesteuert? Oder hätte er gar 1914 vom 5. 1. 14 bis 5. 10. 14 für die vergangenen 12 Monate die zu verlangenden Leistungen empfangen, und vom 8. 5. 15 (als neuen Erkrankungsfall in derselben Krankheit) bis 8. 10. 15 (13 Wochen Krankenpflege nicht angerechnet) seine Ansprüche für die kommenden 12 Monate erhalten?

c) Ein Berliner Arzt, bei dem ein Mitglied unserer Kasse im Monat Dezember 1915 in Behandlung stand, schreibt dem Kranken: „Es ist empfehlenswert, wenn Sie zunächst auf die Dauer von 8 Wochen pro Woche eine Flasche Rotwein trinken könnten." Muß unsere Kasse diese Verschreibung leisten?

Antwort: a) Das Versicherungsamt meint wohl das Richtige, nämlich daß § 183 Abs. 1 Satz 2 RVO. voraussetzt, daß der Krankengeldbezug bereits begonnen habe. Nicht erforderlich ist, daß die Krankenhilfe überhaupt mit Krankengeldbezug begonnen habe. Ist dies der Fall, so ist allerdings zunächst Satz 1 anzuwenden. Laufen die 26 Wochen ab, ohne daß Arbeitsunfähigkeit eintritt, so ist der Versicherungsfall durch Gewährung bloßer Krankenpflege erledigt. Tritt aber vorher, wenngleich nach Ablauf von mehr als 13 Wochen, Arbeitsunfähigkeit hinzu, so wird diese ganze Zeit nicht gerechnet, sondern die 26 Wochen laufen nach Satz 1 erst vom Beginn des Krankengeldbezuges. Fällt vor Ablauf dieser Zeit die Arbeitsunfähigkeit zeitweilig weg, während die Krankenpflege fortdauert, so ist Satz 2 anzuwenden. Im Falle der Anfrage zu a) sind daher die 10 Wochen bloßer Krankenpflege, die in den Krankengeldbezug hineinfallen, nicht anzurechnen, so daß der Versicherte, wenn er wieder arbeitsunfähig wird, noch für 12 Wochen Anspruch auf Krankengeld hat, weil er solches nur für 14 Wochen bereits bezogen hatte. Der § 188 RVO., an den Sie anscheinend denken, kommt nicht in Frage, weil ein einheitlich fortdauernder Versicherungsfall vorliegt.

b) Im Falle der Anfrage zu b) liegen dagegen vier verschiedene Versicherungsfälle vor, obwohl die Krankheitsursache einheitlich fortdauert; nämlich: I. Fall, umfassend die Zeiten Nr. 1 und 2; II. Fall, umfassend Nr. 3; III. Fall, umfassend Nr. 4, 5, 6; IV. Fall, Nr. 7 und 8. Jeder dieser vier Fälle stellt einen besonderen Versicherungsfall dar, weil zwischen ihnen Pausen liegen, in denen weder ein Bedürfnis der Krankenpflege noch Arbeitsunfähigkeit, also im Rechtssinne keine Krankheit vorlag. In keinem der ersten drei Fälle trifft es zu, daß der Versicherte bei Beendigung der Kassenleistungen im Laufe von 12 Monaten bereits für 26 Wochen hintereinander oder insgesamt Krankengeld bezogen hätte. Daher ist weder auf den dritten noch auf den vierten Fall der § 188 RVO. anwendbar.

c) Rotwein ist sehr oft „empfehlenswert" als ein Stärkungsmittel. Daß er im gegebenen Falle als ein Heilmittel notwendig sei, läßt die Aeußerung des Arztes nicht erkennen. Nur wenn dies der Fall wäre, würde eine Pflicht der Kasse zur Gewährung dieser Leistung anzuerkennen sein.

Zur Pflicht der Ortskrankenkasse, Schulden der geschlossenen Gemeindekrankenversicherung zu bezahlen.

10. Nach Eichstätt. Antwort: Nach Art. 14 Einf.Ges. ist § 301 RVO. entsprechend anzuwenden. Der Anspruch der Aerzte gegen die drei in Frage kommenden Gemeindekrankenversicherungen ist kein Anspruch aus der Versicherung, sondern die Aerzte sind Gläubiger der Gemeindekrankenversicherung auf Grund der geleisteten Dienste. Ihre Befriedigung kann aber nicht verweigert werden, wenn bei der Abwicklung die im § 301 Abs. 2 vorgeschriebene Bekanntmachung nicht erlassen worden ist. Aber Schuldnerin war die Gemeindekrankenversicherung. Die Ortskrankenkasse, der die Versicherten nach § 300 zugewiesen sind, tritt nicht ohne weiteres allgemein in die Verpflichtungen der geschlossenen Gemeindekrankenversicherung ein (zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. 2023, Amtl. Nachr. 1915 S. 516, auch Arb.-Vers. 1909 S. 738 Ziff. 2, 1910 S. 378 Ziff. 1). Nur soweit der Ortskrankenkasse ein Vermögensbetrag überwiesen ist und dieser reicht, wird sie sich der Befriedigung des Honoraranspruchs nicht entziehen können, weil sie nach §§ 301, 303 nur

Anspruch auf den nach Bezahlung der Schulden verbleibenden Betrag hat. Für die Schulden der beiden Gemeindekrankenversicherungen, von denen sie überhaupt keinen Vermögensbetrag zugewiesen erhalten hat, braucht die Ortskrankenkasse nicht aufzukommen.

„Entgelt" und „Einkommen" bei Mitgliedern einer Ersatzkasse.

11. Nach Barmen. Antwort: Nach § 165 RVO. sind — abgesehen von den in Abs. 2 bezeichneten Ausnahmen — nur gegen „Entgelt" beschäftigte Personen versicherungspflichtig. Der Begriff des „Entgelts" ist in § 160 bestimmt. Die Gruppen der Mitglieder werden gemäß § 180 nach dem Tages**entgelt** oder dem wirklichen Arbeits**verdienst** gebildet. Ueberall ist hier nur an unselbständig beschäftigte Personen und an ihre Bezüge aus **diesem** Beschäftigungsverhältnisse gedacht, wobei es freilich keinen Unterschied macht, ob die Bezüge ihnen unmittelbar vom Arbeitgeber oder von Dritten gewährt werden, wie z. B. die Trinkgelder der Kellner; aber Ruhegehaltsbezüge aus einem **früheren** Beschäftigungsverhältnisse, Unfallrenten, Invalidenrenten, Militärpensionen usw. gehören nicht hierher (zu vergl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 24 d und 25 c zu § 165 RVO.). Nicht anders liegt die Sache bei Ihrer Ersatzkasse. Sie umfaßt nicht nur solche Personen, die nach der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig sind, sondern auch andere, insbesondere auch selbständige Kaufleute, und die Satzung spricht ersichtlich **deshalb** überall nicht vom Entgelt, sondern vom „Einkommen". Soweit es sich aber um Versicherungspflichtige handelt, sei es, daß sie die Kasse als Ersatzkasse benutzen (§ 3 Gruppe A) oder daß sie sie nur als Zuschußkasse benutzen wollen (Gruppe B), ist hiermit offenbar nichts anderes gemeint als „Entgelt". Das ergibt sich klar aus der Bestimmung über Gruppe C. Sie umfaßt „Angestellte der in Gruppe A genannten Art, die mehr als 2500 M. Einkommen beziehen, also nicht versicherungspflichtig sind." Hierin liegt eine deutliche Verweisung auf § 165 Abs. 2 RVO., wonach die Versicherungspflicht solcher Angestellten nur ausgeschlossen ist, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 M. an „Entgelt" übersteigt. Wenn daher weiterhin § 9 der Satzung die Mitglieder der Gruppe A nach ihrem „Einkommen" in Klassen einteilt und im Anschluß daran bestimmt: „Zum Einkommen gehören neben Gehalt und Lohn . . ." usw. wie im § 160 RVO., so ist es klar, daß auch hier unter Einkommen nur der Entgelt im Sinne der RVO., also wie oben dargelegt, verstanden werden darf (zu vergl. noch § 9 Abs. 5, wo vom Ueberschreiten der „Gehaltsgrenze" von 2500 M. die Rede ist).

Anspruch auf Krankenhilfe neben Unfallentschädigung bei Hinzutreten einer zweiten Krankheit.

12. **Nach Ochsenfurt a. M.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse hat einen Betriebsunfall erlitten. Von der 14. Woche ab hat die Berufsgenossenschaft das Heilverfahren selbst übernommen mit der Weisung, wir sollten keinerlei Leistungen für Rechnung der Genossenschaft machen. Am 2. Tage nach Uebernahme des Heilverfahrens durch die BG. erkrankt das Mitglied noch an Rachenentzündung und verlangt neuerdings Krankengeld. Die Erwerbsunfähigkeit bestand infolge des Unfalles weiter. Hat nun die Krankenkasse Krankengeld oder sonstige Leistungen zu gewähren? Da wegen des Unfalles die Arbeitsunfähigkeit fortbesteht, ist u. E. die Rachenentzündung nicht als neue Krankheit zu betrachten, die den Anspruch auf Krankengeld auslöst, da weder das Heilverfahren beendet, noch die Unterstützungsfrist abgelaufen ist.

Antwort: Tritt zu einem bereits bestehenden Leiden eine neue Krankheit hinzu, so muß allerdings auch für diese die Kasse Krankenpflege gewähren, sie bildet aber keinen neuen Versicherungsfall (vergl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2 zu § 182). Daher wird die Unterstützungsdauer vom Beginn der ersten Krankheit ab gerechnet. Ferner folgt aber auch daraus, daß der Anspruch auf Krankengeld wegen Arbeitsunfähigkeit, mag diese nunmehr auch zwei Ursachen haben, nur einmal besteht, demnach braucht die Kasse von der 14. Woche ab nicht dem Versicherten noch Krankengeld über die sich aus § 1510 RVO. ergebende Verpflichtung hinaus zu gewähren. Sie muß also dem Versicherten den Betrag zahlen, um den das Krankengeld die halbe Unfallrente übersteigt (§§ 1510, 1501, 1506, Abs. 1).

a) Anspruch auf Krankengeld während Heilverfahrens auf Kosten der Angestelltenversicherung. b) Pauschbetrag für den Kassenvorsitzenden. c) Ansammlung der Rücklagen während des Krieges.

13. Nach Fl. Antwort: a) Die Versicherte hat für die Zeit, in der sie auf Kosten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in einer Lungenheilstätte war, Anspruch auf Krankengeld, wenn sie in dieser Zeit arbeitsunfähig war. Aus der bloßen Tatsache ihres Aufenthalts in der Heilstätte folgt das noch nicht; anderseits aber folgt auch daraus, daß die Versicherte bis zu ihrer Aufnahme in die Heilstätte ihrer Berufsarbeit nachgegangen ist, noch nicht ohne weiteres, daß sie so lange und auch weiterhin arbeitsfähig im Sinne des Gesetzes war. Es ist vielmehr festzustellen, ob sie **ohne Gefahr für ihre Gesundheit** weiter arbeiten konnte. Nur wenn dies zu verneinen ist, ist der Anspruch auf Krankengeld begründet. Die Entscheidung des Versicherungsamts läßt jede Feststellung in dieser Hinsicht vermissen.

b) Auch für den Vorsitzenden des Kassenvorstandes gilt § 21 RVO. Die danach zu zahlenden Pauschbeträge für Zeitverlust sind im § 57 Ihrer Satzung festgelegt. Daran kann ohne Aenderung der Satzung und ohne Genehmigung des **Ober**versicherungsamts nichts geändert werden (zu vgl. noch § 321 Ziff. 8, § 324 RVO.).

c) Die gesetzlichen Vorschriften über Ansammlung der Rücklage gelten auch für die Kriegszeit.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1133 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 11. April 1916 | Heft 11

Krankenfürsorge für die Familien und Hinterbliebenen der Kriegsteilnehmer.

(Ein Vorschlag)

Von Friedrich Kleeis in Halle a. S.

Zu den Mängeln der Kriegsfürsorge gehört die noch lückenhafte Hilfe in Krankheitsfällen der Familienangehörigen der Kriegsteilnehmer. Die Kosten für ärztliche Behandlung und Arznei sind im Laufe der Zeit sehr gestiegen und können unmöglich von der üblichen Familienunterstützung oder der Hinterbliebenenrente bezahlt werden. In besonders schweren Fällen reicht diese Unterstützung zur Bezahlung von Arzt und Apotheke noch nicht einmal hin. Nach Ausbruch des Krieges erklärten sich zwar in sehr vielen Orten die Aerzte bereit, die Behandlung von Angehörigen der Kriegsteilnehmer unentgeltlich übernehmen zu wollen. Mehr und mehr treten sie aber von dieser Zusicherung wieder zurück. An sich läßt sich hiergegen nichts einwenden; der Arzt von heute steht im Kampf um das Dasein gleich den Angehörigen anderer Berufe und ist darauf angewiesen, sich seine Arbeit bezahlen zu lassen. Es stellt sich somit immer mehr die Notwendigkeit heraus, die Lücke in der Kriegsfürsorge zu beseitigen. Zurzeit sucht man sich hier und da mit außerordentlichen Hilfsmaßnahmen zu behelfen. So haben viele Städte Verträge mit den Aerzteorganisationen abgeschlossen, nach denen für die Behandlung der Familienangehörigen die Aerzte eine Entschädigung von der Stadt erhalten. Die Stadtverwaltung Leipzig hat ein „Berechnungsgeld" von monatlich 15000 M. zur Krankenfürsorge an bedürftige Angehörige der Krieger bewilligt. In Barmen hatten die Aerzte, nachdem sie seit Kriegsbeginn die Angehörigen der Kriegsteilnehmer umsonst behandelt haben, eine Eingabe an die Stadtverwaltung um zukünftige Entschädigung für diese Hilfe gerichtet. Sie wurde auch genehmigt. In Halle a. S. wurde zu dem gleichen Zwecke ein Vertrag mit dem Aerzteverein abgeschlossen. Solche Einrichtungen sind immerhin nur noch vereinzelt, und dann handelt es sich dabei doch auch nur um außerordentliche Hilfsmaßnahmen für die Dauer des Krieges. Was wird nach dem Kriege mit den zahlreichen Familien, die den Ernährer verloren haben? Es wird immer dringender, hier eine allgemeine und dauernde Fürsorge zu schaffen. Die große Menge der Angehörigen der Kriegsteilnehmer darf nicht der Armenpflege anheim fallen, wenn sie das Unglück haben, krank zu werden. Erst recht nicht nach dem Kriege! Es ist daher zu begrüßen, daß von verschiedenen Seiten versucht wird, das Problem zu lösen. So wird sich die nächste Tagung der freien Vereinigung für Kriegswohlfahrt (bei der die

Kriegsfürsorge-Organisationen einer Anzahl deutscher Großstädte zusammentreten) sich mit der Frage beschäftigen.

Die Angelegenheit befriedigend zu regeln, ist nicht ganz einfach. Eine Reihe von Widerständen sind dabei zu überwinden. Das richtigste wäre, wie ich nicht unterlassen kann zu bemerken, die allgemeine Einführung der Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hülfeleistung einschließlich der Geburtshilfe und der Heilmittel. Solange das nicht geschieht, bleibt, wenn man die Armenfürsorge umgehen will, nur die korporative Zusammenfassung auf dem Wege der Versicherung übrig.

Neue Versicherungseinrichtungen für die hier in Frage stehenden Zwecke zu errichten, wäre untunlich, nachdem man erst in den letzten Jahren ohne Erfolg versucht hat, die verschiedenen Zweige der sozialen Versicherung durch die Reichsversicherungsordnung zusammenzufassen. Eine neue Zersplitterung des Versicherungswesens würde neue Verwirrung anrichten. Es kann sich daher nach Lage der Sache nur um eine Ausgestaltung der staatlich organisierten Krankenversicherung handeln. An sich wäre das auch sehr leicht möglich, und zwar zunächst durch Einführung der obligatorischen Familienhilfe. Zurzeit „kann" die Satzung einer Krankenkasse die Krankenpflege (ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Heilmitteln) an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten nur zubilligen. Das ist noch außerordentlich engherzig, denn es ist der Familie doch nur teilweise geholfen, wenn nur dem Ernährer die freie Krankenhilfe zusteht und er trotzdem alle Kosten zu tragen hat, wenn ein anderes Mitglied der Familie erkrankt. Diese Lücke unserer Krankenversicherung ist so augenfällig, daß einige andere Länder, die sonst in der Versicherungsgesetzgebung noch sehr zurück geblieben sind, die Leistungen der Versicherung ohne weiteres der ganzen Familie zukommen lassen. Mit der gegenwärtigen Einrichtung in § 205 der Reichsversicherungsordnung, die den Kassen die Familienhilfe nur anheimstellt, ist nicht viel geholfen, denn die Statistik lehrt, daß nur verhältnismäßig sehr wenige Kassen sie eingeführt haben. Das ist nicht immer die Schuld der Kassen; sie können häufig aus manchen Gründen bei vielem guten Willen nicht dazu kommen.

Mit der allgemeinen Einführung der Familienhilfe bei den Krankenkassen wäre freilich zunächst nur jenen Kriegerfamilien gedient, bei denen der Vater oder die Mutter Mitglied einer Krankenkasse ist. Das ist zwar sehr häufig der Fall bei der immer mehr zunehmenden Erwerbstätigkeit der Frau (es sei z. B. daran erinnert, daß zurzeit die Zahl der weiblichen Krankenkassenmitglieder fast genau so groß ist wie die der männlichen), doch gibt es immerhin noch eine Anzahl Kriegerfamilien, bei denen das Oberhaupt einer Krankenkasse nicht angehört. Auch das ist noch eine große Lücke in unserer Versicherungsgesetzgebung, daß sie die Versicherungspflicht von einer unselbständigen Beschäftigung und einem bestimmten Mindestlohn abhängig macht, indem die Rechtsprechung immer mehr dazu kommt, die Krankenversicherungspflicht nur dann anzunehmen, wenn der Arbeitslohn mindestens ein Drittel des maßgebenden „Ortslohns" (des durchschnittlichen ortsüblichen Tagelohns) beträgt. Die hiernach nicht versicherungspflichtigen Frauen haben zwar in großem Umfange Gelegenheit, sich freiwillig zu versichern (wobei sie die gleichen Rechte und Ansprüche haben), doch haben eben leider viele Frauen nicht die nötige Einsicht dazu. Es kommt hierbei auch in Betracht, daß die freiwillige Mitgliedschaft erlischt, wenn an zwei Zahlungsterminen nicht die vorgeschriebenen Beiträge entrichtet werden. Daß gerade die ärmsten der Armen von den Vorteilen der Versicherung ausgeschlossen sind, ist ein Mangel, der beseitigt werden muß. Entweder man macht — was das richtigste wäre — die Versicherungspflicht nicht mehr von der Beschäftigung gegen Gehalt oder Lohn abhängig, sondern versichert alle Leute, die ein gewisses, etwas hinauf gesetztes Einkommen nicht erreichen; damit würde man auch die kleinen selbständigen Gewerbetreibenden in die Ver-

sicherung einbeziehen, was nur eine Wohltat für diese wäre. Die Reichsversicherungsordnung hat schon in dieser Richtung zaghaft den Fuß nach vorwärts gesetzt, indem sie die Hausgewerbetreibenden (ohne Rücksicht auf die Höhe des Einkommens), die unständigen Arbeiter usw. der Versicherungspflicht zugeführt hat. Oder aber, falls man sich zu einer solchen Erweiterung der Sozialreform nicht aufschwingen könnte, so würde sich darüber reden lassen, ob nicht durch eine Sonderbestimmung in der Reichsversicherungsordnung die Frauen der Versicherungspflicht zugeführt werden könnten, die nur auf Unterstützungen oder den Bezug einer (Militär-) Hinterbliebenenrente usw. angewiesen sind. Die Kassenbeiträge für diese Frauen könnten von der zuständigen Gemeinde übernommen werden, wie es jetzt schon hinsichtlich der unständigen Arbeiter in § 453 der Reichsversicherungsordnung vorbildlich geschieht. Die nur in dieser Weise versicherten Frauen hätten, wenn sie nicht (§ 450) einen Zuschuß zu dem Beitrag zahlen, nur Anspruch auf Krankenpflege (ärztliche Behandlung und Heilmittel) für sich und ihre Familienangehörigen, ganz wie es in § 452 für die unständigen Arbeiter geordnet ist.

Beim Niederschreiben dieser Vorschläge hören wir aber schon die Einwendung eines angesehenen Führers der Krankenkassenbewegung, Herrn Fräßdorf-Dresden, an unser Ohr klingen, daß dies „Sozialreform auf Kosten der Minderbemittelten" sei. Gewiß nehmen die Krankenkassen mit den unbeschäftigten Kriegerfrauen und -Witwen recht ungünstige „Versicherungswagnisse" auf. Aber es liegt nun einmal im Versicherungswesen und seinen Aufgaben, ausgleichend zu wirken. Würden die Kosten der Krankenpflege für die Kriegerfamilien in irgend einer anderen Form etwa vom Reich übernommen, so wäre das ebenso „Sozialreform auf Kosten der Minderbemittelten", denn auch hier müßten letztere in der Gestalt der indirekten Steuern die Lasten tragen. Wir nehmen auch an, daß die Krankenkassen, einschließlich des Herrn Fräßdorf, einer Regelung, wie sie hier vorgeschlagen ist, keinen ernsten Widerstand entgegensetzen werden.

Mehr Bedeutung ist schon den vorauszusehenden Einwendungen der Aerzteorganisationen beizumessen, die sich dem korporativen Zusammenschluß zur Erlangung von Krankenhilfe recht abhold gegenüberstellen. Sie haben sich schon mehrfach, sowohl gegen die obligatorische Einführung der Familienhilfe, als auch gegen die Erweiterung des Kreises der krankenversicherungspflichtigen Personen ausgesprochen. Sie wollen sich hierdurch den Bereich der Privatkundschaft nicht einschränken lassen. Diese Bestrebungen finden darin ihren Ausdruck, daß die Aerzte sowohl für die Familienhilfe, als auch für die Behandlung der neu der Versicherungspflicht zugeführten Personen häufig recht hohe Honorare fordern. Nach den im Jahre 1913 erschienenen „Musterverträgen des Deutschen Aerztevereinsbundes" (S. 31) soll mit dem Honorar für die versicherte Familie unter 15 M. für das Jahr nicht herunter gegangen werden, „wenn die Honorierung auch nur annähernd angemessen sein soll." Nach einem Urteil des ärztlichen Schiedsamts des Oberversicherungsamts Stade (also nicht einmal einer Großstadt) soll der Jahrespauschsatz für die ärztliche Behandlung einschließlich der Familienangehörigen für das verheiratete Mitglied 18 M. (achtzehn Mark!) betragen (vgl. die „Ortskrankenkasse", 1915 S. 374). Schon um allein dieses Arzthonorar aufzubringen, ist ein Wochenbeitrag von 30 bis 40 Pf. nötig. Sollen bei diesen Honoraren noch die üblichen Ausgaben für Krankengeld, Sterbegeld, Wochenhilfe und Verwaltung gedeckt werden, so ist ein Wochenbeitrag von mindestens einer Mark unerläßlich. Das sind unerschwingliche Kosten, die dahin geführt haben, daß bei vielen Kassen die Aerzte an Honorar mehr erhalten als die Mitglieder selbst zusammen an Krankengeld usw. und daß viele Kassen die Familienhilfe nachweislich wegen Unerschwinglichkeit der Arzthonorare wieder aufgegeben haben. Es müßte die ganze Arztfrage aufgerollt werden, wenn hier näher auf die Sache eingegangen werden sollte.

Erfreulicherweise haben bei jenen Kassen, die die Familienhilfe schon lange Zeit besitzen

und wo die Aerzte beobachten konnten, wie vorteilhaft die Einrichtung auch für sie ist, (erhalten sie doch dann überhaupt prompt Bezahlung) diese ein Einsehen gehabt und haben mit sich reden lassen. Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen veranstaltete kürzlich eine Umfrage über die ärztliche Behandlung der Familienmitglieder bei den ihm angeschlossenen Kassen. Es gingen nur von 53 Ortskrankenkassen brauchbare Angaben ein, wobei allerdings zu bedenken ist, daß viele Kassen aus Anlaß des Notgesetzes vom 4. August 1914, betr. die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, die Familienhilfe eingestellt und inzwischen nicht wieder eingeführt haben. Die Kassen, die das Arzthonorar nach Einzelleistungen bezahlten, wendeten im Jahre 1913 für jedes Mitglied überhaupt (also nicht nur für jedes verheiratete Mitglied!) 7,77 M. auf; im Jahre 1914 dagegen 8,26 M. Ungünstiger standen die Kassen da, die nach Pauschale honorierten. Die wendeten 9,15 bzw. 8,73 M. auf. Am günstigsten stand die Ortskrankenkasse Dresden da, die fest angestellte Kassenärzte besitzt und die in den beiden Jahren 7,15 bzw. 8,08 M. aufwendete. Diese Kosten können noch als erträglich angesehen werden. Näheres ist hierüber in der „Ortskrankenkasse" 1916, S. 18 nachzulesen. Den Krankenkassen gebricht es heute auch schon nicht an Einrichtungen, die einen Mißbrauch der Fürsorge vorbeugen. Es sei nur an die Kontrollkommissionen, an die Rezeptprüfungen durch eigens dazu angestellte Apotheker usw. erinnert.

Man sieht, daß bei dem nötigen guten Willen von allen beteiligten Seiten sich die Frage sehr wohl regeln läßt. Es ist nur zu hoffen, daß die Reichsgesetzgebung sich recht bald mit ihr beschäftigt. Wie der Bundesrat durch eine Verordnung die Reichswochenhilfe in einer jedenfalls für die Kassen sehr einschneidenden Weise geregelt hat, so kann er auch auf demselben Wege die Krankenhilfe der Kriegerfamilien ordnen. Nach dem Kriege wird doch die Reichsversicherungsordnung geändert und ergänzt werden müssen, wobei dann die Reichswochenhilfe und die obligatorische Familienhilfe in das Gesetz selbst hineingearbeitet werden müßten. Zweifellos hat der Bundesrat auch das Recht, erträgliche Pauschsätze für die Honorierung der Aerzte vorzuschlagen. Die Verwirklichung dieser Anregungen (auf kleine Einzelheiten kommt es dabei zunächst nicht an) scheint uns der einzige Weg, die Krankenfürsorge der Kriegerfamilien allgemein zufriedenstellend zu regeln.

Die Kosten des Oberversicherungsamts (§ 80 RVO.)

Nach § 80 Abs. 1 RVO. trägt der Bundesstaat die sämtlichen Kosten des Oberversicherungsamts. Darunter sind sowohl die Kosten der Gerichtshaltung, wie die durch die einzelnen Streitfälle erwachsenden gerichtlichen Kosten des Verfahrens zu verstehen. Diese beiden verschiedenen Arten der Gerichtskosten sollen nach § 80 RVO. beim Oberversicherungsamt nicht mehr getrennt behandelt werden, wie dies nach dem früheren Rechte bei den Schiedsgerichten der Fall war (zu vgl. § 107 Abs. 1 JVG., § 10 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900, § 20 der Schiedsgerichtsordnung vom 22. November 1900, sowie die Bestimmungen des Reichsversicherungsamts über die Kosten der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung vom 29. Januar 1902, Amtl. Nachr. S. 246). Der Staat hat also unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung auch die Kosten des Verfahrens, z. B. Zeugengebühren oder die durch Einholung ärztlicher Gutachten in einer Rentenstreitsache seitens des Ober-

Aus den „Monatsblättern für Arbeiterversicherung". Herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts, 1915 S. 127 ff. — Wir finden uns zum Abdruck dieser Abhandlung durch vielfache Anfragen aus unserem Leserkreise veranlaßt und tragen in den Anmerkungen Hinweise auf einige inzwischen veröffentlichte Entscheidungen nach.

sicherungsamts entstandenen Kosten, zu tragen, die nach dem früheren Rechte (§ 10 Abs. 2 des erwähnten Gesetzes vom 30. Juni 1900) von demjenigen Versicherungsträger zu zahlen waren, gegen dessen Bescheid Berufung eingelegt war (zu vgl. Entsch. 1648 Amtl. Nachr. 1912 S. 948).

Zur Deckung der Kosten des Oberversicherungsamts haben die Versicherungsträger nach § 80 Abs. 2 RVO. lediglich in Form von Pauschbeträgen beizusteuern. Der Pauschbetrag ist für jede Spruchsache zu zahlen, an der die Versicherungsträger beteiligt sind. Diese Pauschbeträge sind vom Bundesrate für jedes Gebiet der Arbeiterversorgung einheitlich für das Reich festgesetzt worden (§ 80 Abs. 3 Satz 1 RVO.); sie betragen in Sachen der Krankenversicherung sowie der Invalidenversicherung 18 M., auf dem Gebiete der Unfallversicherung 16 M. (zu vgl. die Bekanntmachungen des Reichskanzlers vom 16. März 1912 und vom 22. Oktober 1914, Amtl. Nachr. 1912 S. 715 und 1914 S. 785). Durch die Pauschbeträge sollen die tatsächlichen Kosten der Oberversicherungsämter ohne die Bezüge der Mitglieder und ihrer Stellvertreter und ohne die Gebühren (§ 1803) zur Hälfte gedeckt werden (§ 80 Abs. 3 Satz 2 RVO.). Außer den Pauschbeträgen fließen den Bundesstaaten noch die im § 80 Abs. 4 RVO. erwähnten Einnahmen zu (zu vgl. auch die §§ 81, 82 RVO.). Soweit in einem Falle Kosten nach § 80 Abs. 4 a. a. O. zu erstatten sind, vermindert sich zugunsten des Versicherungsträgers der Pauschbetrag entsprechend (§ 80 Abs. 2 Satz 2 RVO.). Zu den hiernach abzugsfähigen Kosten gehören die im Abs. 4 des § 80 a. a. O. erwähnten nach § 1803 RVO. in Spruchsachen der Krankenversicherung dem unterliegenden Teile vom Oberversicherungsamt aufzuerlegenden Gebühren nicht. Diese Gebühren sollen, wie sich aus § 80 Abs. 3 Satz 2 RVO. ergibt, den Bundesstaaten als besondere Beiträge zu den Kosten der Oberversicherungsämter zufließen. Der Grund für diese von dem Verfahren in Sachen der Unfallversicherung und der Invalidenversicherung abweichende Regelung ist darin zu finden, daß das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt in Sachen der Krankenversicherung nach § 1803 RVO. nicht kostenfrei, sondern gebührenpflichtig ist (Begründung S. 519). Sollen die Bundesstaaten für diese Spruchsachen besondere Mehreinnahmen erhalten, so geht es nicht an, von den Pauschbeträgen die Gebühren nach § 1803 RVO. abzuziehen. Denn andernfalls würden den Bundesstaaten in Sachen der Krankenversicherung entweder nur Kostenbeiträge in Höhe des Pauschbetrages oder, wenn man den Abzug der Gebühr auch im Falle des Unterliegens des zur Zahlung des Pauschbetrages verpflichteten Versicherungsträgers für zulässig halten wollte, sogar niedrigere Beträge als der Pauschbetrag zufließen. Die Verweisung in § 80 Abs. 2 Satz 2 RVO. kann sich hiernach nicht auf die Gebühren nach § 1803 beziehen. In § 80 a. a. O. werden übrigens nur die „Kosten" nach Abs. 4 daselbst, nicht auch die dort mit aufgeführten „Gebühren" nach § 1803 RVO. erwähnt, so daß auch aus der Wortfassung des § 80 Abs. 2 Satz 2 a. a. O. Bedenken gegen die gegenteilige Ansicht herzuleiten sind (Entsch. des RVO. vom 22. September 1915 II 3212). Dagegen vermindert sich der Pauschbetrag, wenn einem Beteiligten nach § 1802 RVO. besondere Verfahrenskosten auferlegt sind, um den Betrag dieser Kosten. Im übrigen wird die Verpflichtung des Versicherungsträgers, nach § 80 Abs. 2 RVO. einen Pauschbetrag zu zahlen, an sich nicht aufgehoben, wenn in einem einzelnen Falle von der Befugnis des § 1802 a. a. O. zum Nachteil einer Partei Gebrauch gemacht worden ist. Denn § 1802 RVO. bezieht sich nur auf Verfahrenskosten, während zu den Kosten des Oberversicherungsamts im Sinne des § 80 RVO., zu denen die Versicherungsträger in Form der Pauschbeträge beizusteuern haben, sowohl die Kosten der Gerichtshaltung als auch die Kosten des Verfahrens gehören. Durch Bezahlung der nach § 1802 RVO. besonders auferlegten Verfahrenskosten allein würden also die Kosten der Oberversicherungsämter häufig nicht gedeckt werden. Die Ver-

minderung des Pauschbetrages dürfte freilich nicht auch zugunsten desjenigen Versicherungsträgers Platz greifen, dem nach § 1802 RVO. Verfahrenskosten besonders auferlegt worden sind. Denn die Kostenauferlegung nach § 1802 a. a. O. würde in einem derartigen Falle den Charakter einer Prozeßstrafe verlieren, wenn der Versicherungsträger den Betrag von dem Pauschbetrag abziehen könnte.

Der Pauschbetrag ist von dem beteiligten Versicherungsträger für „jede Spruchsache" zu entrichten. Spruchsachen sind, im Gegensatz zu den Beschlußsachen, die im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung zu erledigenden Sachen. Für Beschlußsachen ist also ein Pauschbetrag nicht zu zahlen, obgleich auch die Behandlung dieser Sachen beim Oberversicherungsamt Kosten verursacht. Die Grundlage der Spruchsachen beim Oberversicherungsamt bildet die Berufungseinlegung; mit dem Eingang der Berufung tritt die Spruchsache als solche dort rechtlich in Erscheinung. Die Zahl der Spruchsachen entspricht also hiernach im allgemeinen der Zahl der bei dem Oberversicherungsamt eingelegten Berufungen (Entsch. des RVA. vom 20. September 1915 II 3025). Das Gesetz bietet keinen Anhalt für die Annahme, daß der Rechtsbegriff der Spruchsache im § 80 a. a. O. in einem engeren Sinne zu verstehen sei. Insbesondere sind die Art der Erledigung der Berufung und das Maß der Mühe oder der Zeitaufwand, den die Bearbeitung der Berufungssache erfordert, für das Wesen der Spruchsache als solcher nicht von Bedeutung. Deshalb sind zu den Spruchsachen im Sinne des § 80 RVO. nicht nur die durch Urteil erledigten Sachen zu rechnen, sondern, entsprechend der allgemeinen Wortfassung des Gesetzes, auch die durch Vergleich, Anerkenntnis, Zurücknahme der Berufung oder auf andere Weise erledigten Berufungsanträge (zu vgl. auch HV., Bd. I Anm. 1 zu § 10 des Hauptgesetzes unter III, Ziffer 7). Hiernach wird der Pauschbetrag auch für solche Sachen zu zahlen sein, die nach § 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt zur grundsätzlichen Entscheidung von dem Oberversicherungsamt abgegeben worden sind.*) Für den Begriff der Spruchsache ist es auch unerheblich, ob der Versicherungsträger in dem Verfahren vor dem Oberversicherungsamt obgesiegt hat, oder ob er unterlegen ist. Demnach hat der beteiligte Versicherungsträger grundsätzlich für jede Spruchsache, die im Verfahren vor dem Oberversicherungsamt erledigt worden ist, einen Pauschbetrag zu entrichten. Durch Festsetzung von Pauschbeträgen ist die Beitragsleistung der Versicherungsträger zu den Kosten der Oberversicherungsämter auf eine einfache Grundlage gestellt worden; durch die Umlegung dieser Kosten nach der Zahl der Spruchsachen werden umständliche Berechnungen vermieden, die unter der Herrschaft des früheren Rechtes bei Anwendung des § 10 des Hauptgesetzes vom 30. Juni 1900 nicht zu umgehen waren. Diese Regelung führt einen billigen Ausgleich zwischen den Fällen herbei, die im Berufungsverfahren einfach erledigt worden sind, gegenüber denjenigen, die erst nach einem umständlicheren Verfahren zu erledigen waren. Wenn deshalb die Versicherungsträger auch bei solchen Spruchsachen, die durch baldige Zurücknahme der Berufung der Gegenpartei in einfacher Weise erledigt wurden, mit dem vollen Pauschbetrage zu belasten sind, so ist andererseits zu beachten, daß der Pauschbetrag auch dann nur in gleicher Höhe zu zahlen ist, wenn eine Berufungssache erst nach längeren Beweiserhebungen und nach mehrmaliger mündlicher Verhandlung endgültig abgeschlossen werden konnte. Da zu den Spruchsachen im Sinne des § 80 Abs. 2 a. a. O. jede im Spruchverfahren erledigte Berufung gehört, so ist es für die Kostentragungspflicht auch unerheblich, ob das Oberversicherungsamt in der Sache selbst entschieden hat oder nicht. Der Pauschbetrag ist deshalb auch dann zu zahlen, wenn das Oberversicherungsamt die Entscheidung des Versicherungsamts wegen Unzuständigkeit des letzteren aufgehoben hat (Entsch. des RVA. vom 20. September 1915,

*) Ebenso Entsch. des RVA. 2123 Amtl. Nachr. 1915 S. 781.

II 3024). Grundsätzlich müssen alle Urteile des Oberversicherungsamts, durch die eine Berufung erledigt wird, bei Berechnung der Zahl der Pauschbeträge gezählt werden (Entsch. des RVA. vom 1. Oktober 1915, II 3964). Dies hat das Reichsversicherungsamt auch unter der Herrschaft des früheren Rechtes bei Berechnung der Kosten der Schiedsgerichte anerkannt (zu vgl. § 10 des Gesetzes, betr. Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 und die hierzu erlassenen Bestimmungen des Reichsversicherungsamts über die Kosten der Schiedsgerichte vom 29. Januar 1902, HB. Bd. I S. 24 Anm. 1 Ziffer III 7). Der Einwand eines Versicherungsträgers, es habe keine eigentliche Berufung vorgelegen und das Oberversicherungsamt sei deshalb nicht in der Lage gewesen, als Berufungsgericht in der Sache zu entscheiden, oder es habe sich für sachlich unzuständig erklären müssen, ist deshalb, falls das Oberversicherungsamt in der Sache selbst entschieden hat, im Beschwerdeverfahren wegen Festsetzung eines Pauschbetrages nicht zu beachten, denn in diesem Verfahren kann nicht die Rechtmäßigkeit der Urteile des Oberversicherungsamts sachlich nachgeprüft werden.*) Eine Nachprüfung der im Spruchverfahren ergangenen Entscheidungen des Oberversicherungsamts durch das Reichversicherungsamt erfolgt nur in diesem Verfahren selbst, also im allgemeinen nur im Falle des Einlegens der Revision oder des Rekurses. Aber auch wenn ein derartiges Rechtsmittel eingelegt und danach in der Revisions- oder Rekursinstanz die Entscheidung des Oberversicherungsamts aufgehoben worden ist, so wird damit die Verpflichtung des Versicherungsträgers zur Zahlung des Pauschbetrages noch nicht beseitigt. Denn diese Kostenerstattungspflicht ist in § 80 RVO. von der Rechtmäßigkeit der Entscheidungen des Oberversicherungsamts nicht abhängig gemacht, sondern in erster Reihe an äußere tatsächliche Merkmale, wie den Erlaß eines Urteils des OVA., geknüpft, Berufungen, die das Oberversicherungsamt wegen örtlicher Unzuständigkeit an ein anderes Oberversicherungsamt abgegeben hat, ohne förmlich zu entscheiden, sogen. Irrläufer, werden nicht zu zählen sein (zu vgl. HB. Bd. I Anm. 2 zu § 10 des Gesetzes, betr. die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 unter N b S. 30).

Auch bei Streitigkeiten über Erstattungs- oder Ersatzansprüche haben die beteiligten Versicherungsträger, wie das Reichsversicherungsamt angenommen hat (Entsch. des RVA. vom 8. November 1915, II 4381), den Pauschbetrag zu entrichten. Dies gilt grundsätzlich für alle Ersatzstreitigkeiten, auch solche, die im 5. Buche der Reichsversicherungsordnung geregelt sind. Denn zu den Spruchsachen, für die nach § 80 Abs. 2 RVO. der Pauschbetrag zu entrichten ist, gehören nach dem Sprachgebrauche der RVO. nicht nur die im Feststellungsverfahren (§§ 1636 ff. RVO.) zu erledigenden Streitsachen, sondern auch die „anderen Spruchsachen", die bei Streit nach §§ 1771 ff. RVO. ebenfalls im Spruchverfahren zu entscheiden sind. Dafür, daß der Begriff der Spruchsache in § 80 a. a. O. nicht in einem engeren Sinne zu verstehen ist, spricht schon die allgemeine Wortfassung der Vorschrift, nach der die beteiligten Versicherungsträger den Pauschbetrag grundsätzlich für „jede" Spruchsache zu zahlen haben. Aus § 59 Abs. 2 RVO., der Vorschriften über die Tragung der Kosten der Versicherungsämter enthält, sind entgegen der von mancher Seite vertretenen Auffassung (zu vgl. Die Berufsgenossenschaft, Zeitschrift für Reichs-Unfallversicherung 1915, Nr. 3 S. 17 ff.) gegenteilige Folgerungen nicht ababzuleiten. Denn zunächst wird im § 80 RVO. auf den § 59 a. a. O. nicht Bezug genommen. Es würde also § 59 a. a. O. an sich nicht entgegenstehen, den Begriff der Spruchsache in § 80 Abs. 2 RVO. in einem weiteren Sinne auszulegen als in der erstgenannten Vorschrift. Es kann aber auch nicht angenommen werden, daß die im § 59 Abs. 2 der RVO. hinter dem Worte „Spruchsachen" in Klammern beigefügten Worte „§§ 1591 bis 1674" die Bedeutung hätten, hier den Begriff der Spruchsachen auf die Spruch-

*) Vgl. Entsch. 2124 Amtl. Nachr. 1915 S. 782.

sachen des Feststellungsverfahrens zu beschränken und die „anderen Spruchsachen" (§§ 1771 ff. RVO.) auszuschließen. Die Verweisung auf §§ „1591 bis 1674" RVO. verfolgt hier vielmehr den Zweck, das Verfahren vor dem Versicherungsamt, auch soweit es nicht zu dem eigentlichen Feststellungsverfahren nach §§ 1636 bis 1674 RVO. gehört, also insbesondere das Einspruchsverfahren in Sachen der Unfall-Versicherung (§§ 1591 bis 1605 RVO.) und das vorbereitende Verfahren in Sachen der Invalidenversicherung (§§ 1617 bis 1629 RVO.) in die Spruchsachen miteinzuschließen; die Verweisung wird hier also nicht im einschränkenden, sondern im ausdehnenden Sinne verwendet (zu vgl. auch die Entsch. 2651 und 1799, AN. 1913 S. 639 und 842). Der Begriff der Spruchsachen ist im übrigen, von dem nicht erschöpfenden Hinweis auf die §§ 1591 bis 1674 abgesehen, nach dem sonstigen Sprachgebrauch des Gesetzes zu bestimmen, umfaßt also auch die Fälle der Wiederaufnahme des Verfahrens (§§ 1722 ff. RVO.) und die anderen Spruchsachen nach §§ 1771 ff. RVO. (zu vgl. auch den gemeinsamen Erlaß der Königlich Preußischen Minister für Handel und Gewerbe, des Innern und der Finanzen vom 11. Oktober 1912, Ministerialblatt für die Preußische innere Verwaltung S. 273 ff.). Die Entstehungsgeschichte des § 59 a. a. O. läßt jedenfalls eine gegenteilige Absicht des Gesetzgebers nicht erkennen. Auch innere Gründe sprechen gegen eine einschränkende Auslegung. Es ist insbesondere nicht ersichtlich, warum die Bundesstaaten nicht auch in den Fällen der §§ 1771 ff. RVO., deren Entscheidung erfahrungsgemäß vielfach besondere Mühewaltung verursacht, für die Kosten der Versicherungsämter und Oberversicherungsämter entsprechend der sonstigen Regelung (zu vgl. § 59 Abs. 2 und 3, § 80 Abs. 2 bis 4 RVO.) teilweise Deckung erhalten sollten.

Da für jede Spruchsache nur ein Pauschbetrag zu entrichten ist, und anderseits auch jeden beteiligten Versicherungsträger die Zahlungspflicht trifft, bleibt bei Beteiligung mehrerer Versicherungsträger nichts anderes übrig, als jeden Versicherungsträger mit einem entsprechenden Teilbetrag des Pauschsatzes zu belasten. Da diese Pauschbeträge für das Gebiet der Unfallversicherung, sowie der Krankenversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in verschiedener Höhe bemessen sind (zu vgl. die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 22. Oktober 1914, Amtl. Nachr. 1914 S. 785), eine scharfe Unterscheidung der Frage aber, welchem Rechtsgebiet der Erstattungsanspruch angehört, vielfach Schwierigkeiten bietet, erscheint es zweckmäßig, jeden Versicherungsträger in diesen Fällen grundsätzlich mit einem Teilbetrage des Pauschbetrages zu belasten, der auf das Versicherungsgebiet entfällt, dem der Versicherungsträger angehört (Entsch. des RVA. vom 22. September 1915, II 3819).*) Demnach ist bei Ersatzstreitigkeiten zwischen einer Versicherungsanstalt oder einer Krankenkasse und einer Berufsgenossenschaft die Versicherungsanstalt oder die Krankenkasse zur Zahlung eines Pauschbetrags von 9 M. (d. h. der Hälfte des Betrags von 18 M.) verpflichtet, der als Pauschbetrag in Sachen der Invalidenversicherung oder Krankenversicherung nach der vorerwähnten Bekanntmachung des Reichskanzlers zu zahlen ist. Der beteiligten Berufsgenossenschaft würde entsprechend ein Pauschbetrag in Höhe von 8 M. (die Hälfte des Betrags von 16 M.) zur Last fallen. Die Verpflichtung zur Zahlung des Pauschbetrags ist nicht davon abhängig, ob der Ersatzanspruch in den gesetzlichen Vorschriften eine Unterlage findet. Die Zahlungspflicht trifft bei Beteiligung mehrerer Versicherungsträger sowohl die obsiegende, wie die unterlegene Partei. Der Pauschbetrag ist von dem Versicherungsträger auch dann zu zahlen, wenn der Ersatzstreit sich vor dem Oberversicherungsamt nicht zwischen zwei Versicherungsträgern, sondern z. B. zwischen einem Armen-

*) Entsch. 2127 Amtl. Nachr. 1915 S. 788, Arb.-Vers. 1916 S. 32, übereinstimmend mit Hahn, Handb. der Krankenversicherung Anm. zu § 80 RVO.

verband und einem Versicherungsträger abgespielt hat (§ 1531 RVO.), da das Gesetz für die letzterwähnten Fälle keine Ausnahme zugelassen hat.

Die Verpflichtung zur Zahlung des Pauschbetrages tritt freilich nur dann ein, wenn ein Versicherungsträger im Sinne des § 80 Abs. 2 RVO. an einer Spruchsache „beteiligt" ist. Wie der Begriff der Beteiligung hier auszulegen ist, kann zweifelhaft sein.. Nach der Absicht des Gesetzgebers sollen die Bundesstaaten die Kosten der Oberversicherungsämter tragen, aber durch die von den Versicherungsträgern zu zahlenden Pauschbeträge und die ihnen besonders zufließenden Gebühren usw. (zu vgl. § 80 Abs. 3 und 4 RVO. ihrerseits wieder entschädigt werden, so daß die tatsächlichen Kosten der Oberversicherungsämter ohne die Bezüge der Mitglieder und ihrer Stellvertreter und ohne die Gebühren nach § 1803 RVO. zur Hälfte gedeckt werden. Daraus und weil die Bundesstaaten diese Deckung nicht erhalten würden, wenn man bei einem Teil der Spruchsachen die Pauschgebühren nicht erheben würde, ist der Schluß gezogen worden, daß der Pauschbetrag ausnahmslos für jede Spruchsache zu erheben sei und demjenigen Versicherungsträger zur Last falle, dessen Geschäftsbereich die Sache angehört; die Versicherungsträger wären nach dieser Ansicht unter Umständen also auch dann zur Zahlung des Pauschbetrages heranzuziehen, wenn sie an einem Spruchverfahren als Prozeßpartei nicht teilgenommen haben. Dieser weiten Auslegung des Begriffs der Beteiligung ist das Reichsversicherungsamt nicht beigetreten. Es ist allerdings zutreffend, daß die Versicherungsträger grundsätzlich bei allen Spruchsachen der Oberversicherungsämter den Pauschbetrag zu zahlen haben. Diese Verpflichtung wird aber in § 80 Abs. 2 RVO. selbst dadurch eingeschränkt, daß die Zahlungspflicht an die Voraussetzung der Beteiligung des Versicherungsträgers an der betreffenden Spruchsache geknüpft wird. Spruchsachen sind die im Spruchverfahren zu erledigenden Streitsachen; es handelt sich also um einen dem prozessualen Versicherungsrecht angehörenden Begriff. Als „beteiligt" an einem Verfahren kann aber nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauche nur ein Versicherungsträger gelten, der an dem betreffenden Verfahren selbst teilgenommen hat. *) Das Wort „beteiligt" ist also wie der Begriff „Spruchsache", mit dem er im engen Zusammenhange steht, im prozessualen Sinne zu verstehen. Demnach kann von einer Beteiligung eines Versicherungsträgers an einer Spruchsache dann nicht gesprochen werden, wenn der Streitfall lediglich zwischen Dritten, also z. B. zwischen einem Ortsarmenverband und einem Versicherten, ausgetragen worden ist. Auch Billigkeitsgründe sprechen dagegen, von Versicherungsträgern die Entrichtung von Pauschbeträgen zu verlangen, wenn sie, wie dies bei einem Ersatzstreite nach § 1540 RVO. bei Widerspruch des Rentenberechtigten gegen die Befriedigung eines Armenverbandes aus seiner Rente (zu vgl. Rev.Entsch. 1880, Amtl. Nachr. 1914 S. 634) meist der Fall sein wird, ihre Zahlungspflicht an sich nicht bestritten haben. Denn sie sind in derartigen Fällen an dem Ausgang des Verfahrens, an dem Obsiegen der einen oder anderen Partei, sachlich nicht interessiert (zu vgl. Entsch. des RVA. vom 8. November 1915 II 4381). Die Annahme, daß bei Teilnahme mehrerer Versicherungsträger an einem Verfahren nur derjenige Versicherungsträger als beteiligt im Sinne des § 80 Abs. 2 RVO. anzusehen und zur Zahlung des Pauschbetrags heranzuziehen ist, auf dessen Gebiet sich das Verfahren abspielt, findet im Gesetze keine Unterlage (Entsch. vom 14. September 1915 II 3799). Eine Versicherungsanstalt ist, wie das Reichsversicherungsamt angenommen hat, auch dann im Sinne des § 80 Abs. 2 RVO. als an einer Spruchsache beteiligt anzusehen, wenn sie die Feststellung der Unfallrente nach § 1523 RVO. betrieben hat. Denn das Gesetz hat in § 80 Abs. 2 RVO. die Verpflichtung zur Entrichtung des Pauschbetrages lediglich an die Tatsache der Beteiligung eines Ver-

*) Entsch. 2126 Amtl. Nachr. 1915 S. 786. So z. B. eine Versicherungsanstalt, die nach § 1523 RVO. Feststellung der Unfallrente betreibt; Entsch. 2128 Amtl. Nachr. 1915 S. 789.

sicherungsträgers an einer Spruchsache geknüpft. Es bedarf keiner weiteren Ausführung, daß an einer Spruchsache sowohl derjenige beteiligt ist, der einen Anspruch geltend macht — der Kläger —, als auch der in Anspruch genommene, d. h. der beklagte Versicherungsträger. Demgemäß unterscheidet § 80 Abs. 2 RVO. auch nicht, ob ein Versicherungsträger im Spruchverfahren als Kläger oder als Beklagter aufgetreten ist. Man kann auch nicht sagen, daß eine Versicherungs-Anstalt im Falle des § 1523 RVO. gleichsam nur an Stelle des Rentenberechtigten, also lediglich als Partei, und nicht zugleich als Versicherungsträger an dem Spruchverfahren beteiligt sei. Denn der § 1523 a. a. O. gibt den Versicherungsanstalten das Recht der Betreibung des Verfahrens nicht lediglich zur Wahrung der Rechte des Unfallverletzten selbst, sondern deshalb, weil sie als Träger der Invalidenversicherung an der Feststellung der Unfallrenten nach §§ 1522, 1311 RVO. interessiert sind (Entsch. vom 9. November 1915 II 1070).

Als Berufung gilt nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts jede Eingabe, mittels deren der Berechtigte seine Unzufriedenheit mit dem ihm zugegangenen Bescheid oder der Entscheidung des Versicherungsamts zu erkennen gibt (zu vgl. HB. Bd. II S. 587 Anm. 2 zu § 5 der Schiedsgerichtsordnung). Unerheblich ist, ob das betreffende Schriftstück auch ausdrücklich als Berufung bezeichnet worden ist.

Die Entscheidung der Frage, ob eine oder mehrere Berufungen, also eine oder mehrere Spruchsachen im Sinne des § 80 Abs. 2 RVO. bei einer Streitsache vorliegen, kann zu Zweifeln Anlaß geben. Entscheidend wird hierbei der Inhalt der Berufungsanträge sein müssen; die Zahl der Ansprüche, oder Bescheide, oder der Entscheidung des Oberversicherungsamts ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Liegen verschiedenartige, inhaltlich voneinander abweichende Berufungsanträge vor, so werden mehrere Berufungen zu zählen sein. Das Reichsversicherungsamt hat z. B. zwei Berufungen als vorliegend erachtet beim Zusammentreffen eines Anspruchs auf Witwengeld und Waisenrente, deren Gewährung von der Versicherungsanstalt abgelehnt worden war (Entsch. vom 8. November 1915 II 1635). Ebenso wurden zwei Berufungen gezählt in einem Falle, in dem ein Rentenempfänger gegen die zeitweilige Entziehung der Invalidenrente nach § 1306 RVO., und vor Rechtskraft des betreffenden Bescheids gegen einen zweiten, die dauernde Rentenentziehung nach § 1304 RVO. aussprechenden Bescheid Berufung eingelegt hatte (Entsch. vom 3. November 1915 II 4238). Die Einheit der Berufungen wurde nicht als dadurch begründet angesehen, daß das Oberversicherungsamt in beiden Fällen über die Berufungen jeweils nicht getrennt, sondern in einer Entscheidung erkannt hatte.*) Auch der Umstand, daß in dem ersteren Fall die Ansprüche der Witwe und der Waise auf die gleiche Ursache (den Tod des Ehemanns der Witwe) zurückzuführen waren und insofern eine gewisse Wesensgleichheit beider Ansprüche bestand, wurde nicht als entscheidend dafür angesehen, nur eine Berufung zu zählen. Mehrere inhaltlich übereinstimmende, in rechtlichem Zusammenhange stehende Berufungsanträge, über die nur einheitlich entschieden werden kann, z. B. beim Zusammentreffen der Ansprüche mehrerer Waisen desselben Versicherten auf Waisenrente, werden aber trotz der Mehrzahl der Ansprüche wegen ihres sachlichen und prozessualen Zusammenhanges als eine einheitliche Berufung zu behandeln sein.

Für jede Spruchsache ist nach § 80 Abs. 2 RVO. nur „ein" Pauschbetrag zu entrichten. Aus der Entstehungsgeschichte dieser Vorschrift ist nicht zu entnehmen, daß entgegen ihrem Wortlaut die mehrmalige Erhebung des Pauschbetrages für die gleiche Spruchsache zulässig sein soll. Um die gleiche Spruchsache handelt es sich aber so lange, als das Verfahren über den streitigen Anspruch nicht rechtskräftig abgeschlossen ist. Danach darf der Pauschbetrag im Falle der Zurückverwei-

*) Entsch. 2125 Amtl. Nachr. 1915 S. 785, Arb.-Vers. 1916 S. 32.

fung der Sache an die Vorinstanz nicht nochmals erhoben werden (zu vgl. auch der Erlaß des Königlich Preußischen Ministers für Handel und Gewerbe vom 24. April 1914 — III 3585, Ministerialblatt der Handels- und Gewerbe-Verwaltung S. 211). Entsprechend schreibt § 31 des Gerichtskostengesetzes vor, daß, wenn eine Sache zur anderweiten Verhandlung an das Gericht unterer Instanz zurückverwiesen wird, das weitere Verfahren mit dem früheren Verfahren vor diesem Gerichte im Sinne des § 28 des Gerichtskostengesetzes eine Instanz bildet. Auch Ziffer IX des ministeriellen Tarifs für die Berechnung des Kostenpauschquantums im Verwaltungsstreitverfahren vom 27. Februar 1884 (Ministerialblatt für die Preußische innere Verwaltung S. 30) bestimmt, daß „die Kosten einer Vorentscheidung, wenn in derselben Instanz infolge der Zurückverweisung der Sache in eine Vorinstanz eine nochmalige Verhandlung stattfindet, auf die Kosten der anderweitigen Verhandlung und Entscheidung anzurechnen" sind (zu vgl. Entscheidung 2061, Amtl. Nachr. 1915 S. 602). Das Entsprechende wird zu gelten haben, wenn eine Sache nicht an das Oberversicherungsamt, sondern an das Versicherungsamt oder an den Versicherungsträger zurückverwiesen worden ist.

In prozessualer Hinsicht ist noch folgendes zu beachten: Die Verfügungen der Oberversicherungsämter über die Festsetzung von Pauschbeträgen gelten als Entscheidungen im Sinne des § 1793 RVO., da der Begriff der Entscheidung nach der Reichsversicherungsordnung im weitesten Sinne zu verstehen ist (zu vgl. Entscheidungen 2753 und 2061, Amtl. Nachr. 1914 S. 719 und 1915 S. 602). Die Beschwerde gegen derartige Verfügungen ist deshalb nach § 128 Abs. 1 RVO. binnen einem Monat nach der Zustellung der angefochtenen Entscheidung einzulegen. § 44 OVAO. (Amtl. Nachr. 1912 S. 300 ff.), der für Beschwerden wegen der Kosten des Verfahrens eine einwöchige Frist bestimmt hat, ist auf Beschwerden wegen Festsetzung von Pauschbeträgen nicht anzuwenden, wie das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 10. November 1915 (II 4382), teilweise abweichend von Ausführungen in dem Bescheid 1648 (Amtl. Nachr. 1912 S. 948), angenommen hat.*) Denn § 44 a. a. O. bezieht sich lediglich auf die „Kosten des Verfahrens" der Oberversicherungsämter (zu vgl. Entsch. 2753, Amtl. Nachr. 1914 S. 719). Er ist deshalb auch nur insoweit anwendbar, als es sich um Beschwerden über die Festsetzung von Kosten dieser Art handelt. Zu den Kosten des Verfahrens wurden nach dem früheren Rechte lediglich die in der einzelnen Streitsache erwachsenden und ausscheidbaren Kosten gezählt (zu vgl. § 20 Abs. 1 und 2 der Schiedsgerichtsordnung, § 10 Abs. 2 des Gesetzes, betreffend Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900, Bestimmungen des RVA. über die Kosten der Schiedsgerichte vom 29. Januar 1912, Amtl. Nachr. 1912 S. 246, Abschnitt II und IV). Weiter ist der Begriff der Kosten des Verfahrens weder nach § 44 a. a. O., der dem § 20 Abs. 1 und 2 der Schiedsgerichtsordnung nachgebildet ist, noch nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung selbst zu fassen (zu vgl. die Ausführungen in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 1914 zu § 44 a. a. O. Spalte 741 bis 744). Zu den Verfahrenskosten in diesem Sinne können die Pauschbeträge nach § 80 Abs. 2 RVO. nicht gerechnet werden. Sie sind vielmehr summarische Beiträge der Versicherungsträger zu den Kosten der Oberversicherungsämter; die Höhe dieser Beiträge ist unabhängig von den in der einzelnen Streitsache tatsächlich erwachsenden Aufwendungen. Die Pauschbeträge stellen auch keineswegs lediglich einen Ersatz für Kosten des Verfahrens dar, da zu den Kosten der Oberversicherungsämter im Sinne des § 80 Abs. 1 RVO. nicht nur Verfahrenskosten, sondern auch Kosten der Gerichtshaltung gehören (zu vgl. Abschnitt I und III der vorerwähnten Bestimmungen des RVA. über die Kosten der Schiedsgerichte, ferner den Bescheid 1648 (Amtl. Nachr. 1912 S. 948) und die Entsch. 1889 (Amtl. Nachr. 1914 S. 658).

*) Entsch. 2130 Amtl. Nachr. 1915 S. 790.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Vertrauensunwürdigkeit eines Organmitgliedes im Sinne des § 24 RVO.

Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts vom 20. Mai 1915 (B. 1/15).

Nach § 24 RVO. hat die Aufsichtsbehörde das Mitglied eines Kassenvorstandes seines Amtes zu entheben, wenn von ihm Tatsachen bekannt werden, die seine Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung ausschließen. Nach dem Wortlaut und der Entstehungsgeschichte dieser Bestimmung ist es unzweifelhaft, daß die maßgebenden Tatsachen die geschäftliche Vertrauensunwürdigkeit des Gewählten an den Tag legen müssen. Die Maßregel der Enthebung war in der einschlägigen früheren Gesetzgebung nur für grobe Verletzungen der Amtspflichten vorgesehen. (§ 42/IV KrVG., § 47 GUVG., § 91 JVG. usw.). Die Vertrauenswürdigkeit ist also nach dem Umfang der Geschäfte des Amtes zu beurteilen, von dem L. enthoben werden soll.

L. ist einfaches Mitglied des Vorstandes der Allgemeinen Ortskrankenkasse. Er hat die Kasse nicht nach außen zu vertreten. Seine Geschäfte sind auf ordnungsmäßige Teilnahme an der Verwaltung der Kasse, insbesondere auf Teilnahme an den Sitzungen beschränkt.

Diese Sitzungen sind zwar nicht öffentlich (§ 11 RVO.), aber für die an den Verhandlungen Beteiligten besteht keine allgemeine Schweigepflicht (vgl. stenographische Berichte über die Reichstagsverhandlungen S. 6382, Hahn Handbuch der Krankenvers. S. 15). Daß L. seine Schweigepflicht in den gesetzlich vorgeschriebenen Fällen (§ 141—143 RVO.) verletzt hätte, ist von keiner Seite behauptet. Dem umfangreichen Aktenmaterial ist auch kein sicherer Anhaltspunkt zu entnehmen, daß L. durch Indiskretion die Geschäftsführung der Kasse materiell geschädigt hätte. Ist auch die Art und Weise nicht zu billigen, wie L. öffentliche Versammlungen zur Erörterung seiner Streitigkeiten mit den Vorstandsmitgliedern benutzt hat, so begründet doch der hierdurch bewiesene Mangel an Takt noch nicht die Vertrauensunwürdigkeit des Beschwerdeführers. Widerspruch gegen die Mehrheitsbeschlüsse, auch wenn er in der Form sich vergreifen sollte, kann an sich nicht als Pflichtverletzung gelten. Vielmehr kann es sogar im Interesse der Kasse gelegen sein, wenn die Anschauungen der Mitglieder des Vorstandes sich gegenübertreten und dadurch die Sach- und Rechtslage geklärt wird. Den Verhandlungen ist aber keine Tatsache zu entnehmen, welche zur Annahme zwänge, daß der Beschwerdeführer bei seinem Verhalten nur persönliche Zwecke verfolgt und nicht auch das sachliche Interesse der Kasse im Auge gehabt hätte.

Die Anwendung des § 24 setzt außerdem Tatsachen voraus. Bloße Annahmen, Vermutungen und Bedenken, mögen sie auch einige Gründe haben, können nicht genügen. Diese Tatsachen müssen zudem die Vertrauenswürdigkeit ausschließen. Regelmäßig werden wohl nur grobe Pflichtverletzungen zur Amtsenthebung führen. Wenn auch vielleicht als Tatsachen im Sinne des § 24 RVO. Charaktereigenschaften in Betracht kommen können, so müssen doch diese Charaktereigenschaften in ihren Wirkungen nach außen dem Mitglied die Vertrauenswürdigkeit genommen haben. Für eine solche Feststellung fehlen hier die Voraussetzungen. Die Streitigkeiten in der Ortskrankenkasse müssen nicht notwendig dem Beschwerdeführer allein zur Last gelegt werden. Die gegen ihn angestrengten Beleidigungsklagen haben nicht in einer Weise geendet, daß eine moralische Schädigung des Beschwerdeführers anzunehmen wäre, die seine amtliche Stellung unhaltbar machte. Auch der Nachweis einer unrichtigen oder selbst unwahren Behauptung könnte für sich allein noch nicht zur Amtsenthebung führen; zumal da die Erfahrung des täglichen Lebens lehrt, wie verschiedenartig der Inhalt von Besprechungen und Verhandlungen in die Erinnerung der Beteiligten übergeht. Ebenso kann der Umstand nicht ohne weiteres gegen den Beschwerdeführer verwertet werden, daß seit seinem Ausscheiden Ruhe in die Geschäftsführung der Kasse gekommen sei. Dies erklärt sich einfach daraus, daß die Gegnerschaft des Beschwerdeführers ausgeschaltet ist; ein Schluß auf die Vertrauensunwürdigkeit desselben kann hieraus nicht gezogen werden.

Daß der Beschwerdeführer auch Behörden gegenüber in seinen Meinungsäußerungen das Maß des Erlaubten sehr oft überschreitet, ergibt sich aus seinen Schriftsätzen. Leider fehlt die Handhabe zu einer Ahndung dieses Verhaltens außerhalb des Rahmens der Beleidigungsklage. Jedenfalls ist aber das Verfahren nach § 24 RVO. an sich nicht dazu bestimmt, Genugtuung für Beleidigungen zu erreichen und bestehende Gegensätze zu beseitigen.

Ein Bierfahrer unter Umständen Handlungsgehilfe.

Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 24. April 1915 (B. 214/14).

Die Stellung D.'s ist nicht die eines gewöhn-

lichen Bierfahrers, der nur bei fester Kundschaft, die bereits vertraglich zur Abnahme von Bier verpflichtet ist, Bier ausfährt, die Beträge hierfür einkassiert und dann an jedem Abend mit dem Arbeitgeber abrechnet. Ein solcher vermittelt lediglich den Transport der Ware von seinem Arbeitgeber zu den Kunden und liefert sie gegen Barzahlung ab; seine Tätigkeit unterscheidet sich in nichts von der eines Boten, der ohne eigene Willensbetätigung einen bestimmten Auftrag ausführt. Dem Angestellten D. ist vielmehr bei der Erledigung seiner Obliegenheiten eine erhebliche Selbständigkeit eingeräumt. Er sucht sich die Touren selbst heraus, die Abrechnungen mit der Firma finden nicht täglich, sondern in größeren Zeitabständen statt, er verwaltet außerdem selbständig das vom Sitz der Arbeitgeberin getrennte Lager, führt ihr neue Kunden zu und übt somit auf den Umsatz in dem Handelsgewerbe der Arbeitgeberin einen erheblichen Einfluß aus. Auf einen solchen Posten konnte die Firma nicht einen einfachen Kutscher setzen, sondern nur einen zuverlässigen Mann, der mit einer gewissen Geschäftskenntnis und Geschäftsgewandtheit ausgestattet ist. Bei dem Angestellten D. ist deshalb die kaufmännische Tätigkeit gegenüber seinen gewerblichen Arbeiten höher zu bewerten und als ausschlaggebend für seine Stellung zu erachten.

Nach § 13 des Gesetzes betreffend die Gesellschaften m. b. H. in Verbindung mit § 6 des Handelsgesetzbuches ist die Arbeitgeberin Kaufmann. Der Angestellte ist demnach Handlungsgehilfe im Sinne des § 59 des Handelsgesetzbuches. Seine Versicherungspflicht ist daher nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu bejahen.

B. Zur Krankenversicherung.

Reichswochengeld für 57 Tage, Stillgeld für 84 Tage und auch nur einfach bei Mehrgeburten.

Bescheid des Reichsamts des Innern vom 16. Februar 1916.

Wie aus dem der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 über die Nachweisung, Verrechnung und Zahlung der von den Krankenkassen verauslagten Beträge für Wochenhilfe während des Krieges (Zentralblatt für das Deutsche Reich S. 609) beigegebenen Muster hervorgeht, ist beabsichtigt gewesen, das Wochengeld nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, höchstens für 56 Tage zu gewähren. Nachdem das Reichsversicherungsamt im Bereich seiner Zuständigkeit entschieden hat, daß das Wochengeld für 57 Tage zu gewähren sei, *wird der Rechnungshof des Deutschen Reiches nicht in der Lage sein, Zahlungen des Wochengeldes für 57 Tage, soweit Krankenkassen in Betracht kommen, zu beanstanden.*

Nach diesseitiger Ansicht ist das Stillgeld nur für 84 Tage und bei Mehrlingsgeburten nur im einfachen Betrage zu gewähren. *Eine andere Entscheidung der berufenen Instanzen dürfte auch hier für den Rechnungshof bindend sein.*

Doppeltes Stillgeld für Zwillinge.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts (2. Sen.) vom 30. November 1915.

Es spricht einmal schon der Wortlaut der Bekanntmachung vom 4. Dezember 1914 dafür, daß der Gesetzgeber, soweit die Kriegswochenhilfe in Frage kommt, ein Stillgeld „für jedes Kind", bei Zwillingen also die doppelte Höhe gewähren wollte. Zu dem gleichen Ergebnis gelangt man, wenn man den Zweck der Gewährung des Stillgeldes, wie er in der Begründung zu § 200 RVO. angegeben wird, ins Auge faßt. In der Begründung zu § 213 des Entwurfs (S. 159) wird in dieser Hinsicht ausgeführt, daß die neue Vorschrift Krankenkassen, die sich in günstiger Vermögenslage befinden, die vielfach erwünschte Möglichkeit gewährt, „sich auf dem wichtigen Gebiete der Säuglingsfürsorge in zweckmäßiger Weise zu betätigen". In der Säuglingsfürsorge ist aber die zweckentsprechende und ausreichende Ernährung des Säuglings von besonderer Wichtigkeit. Das Stillgeld insbesondere soll die Mutter durch geeignete eigene Ernährungsweise in den Stand setzen, den Säugling selbst zu stillen, da die Muttermilch anerkanntermaßen die beste Ernährung für den Säugling ist. Bei Mehrlingsgeburten wird zur Erzeugung einer möglichst großen Milchmenge eine besonders reichhaltige und zweckentsprechende Ernährung der Mutter erforderlich sein. Häufig wird auch die eigene Milch trotzdem nicht ausreichen. Alsdann wird die Zuführung einer ergänzenden anderweitigen guten Säuglingsnahrung notwendig sein. Es entspricht demnach auch dem Wesen und Zweck der Säuglingsfürsorge, daß in solchem Fall das Stillgeld entsprechend der Anzahl der Säuglinge erhöht wird. Demgegenüber kann der Wortlaut des § 200 RVO., wonach die Satzung *ein* Stillgeld bis zur Höhe des halben Krankengeldes zubilligen kann, nicht ausschlaggebend in Betracht kommen. Auch läßt sich nicht entgegenhalten, daß bei doppelter Gewährung des Stillgeldes möglicherweise eine zu starke Belastung der Kranken-

kasse eintreten könnte. Denn, abgesehen von der verhältnismäßigen Seltenheit von Zwillingsgeburten hat es die Kasse in der Hand, da es sich um eine Mehrleistung handelt, durch eine ausdrückliche Bestimmung der Satzung die Gewährung doppelten Stillgeldes bei Zwillingsgeburten auszuschließen. Die gleichen, auf die Hebung der Säuglingsfürsorge abzielenden Erwägungen gelten aber auch für das Stillgeld der Kriegswochenhilfe. Denn es ist davon auszugehen, daß sich die Leistungen der Kriegswochenhilfe eng an die Leistungen der Wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung anlehnen, da sie dieser nachgebildet sind. Dies hat das Reichsversicherungsamt hinsichtlich der Dauer des Kriegswochengeldes bereits in der Entscheidung 2108 (Amtl.Nachr. des RVA. 1915 S. 757) ausgesprochen. Das Gleiche muß auch für das Stillgeld gelten, nur daß dieses nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 in jedem Falle gewährt werden muß, während in der Reichsversicherungsordnung die Gewährung eines Stillgeldes als Mehrleistung durch die Satzung der Krankenkasse vorgesehen werden kann. Hinsichtlich des Ergebnisses bestehen um so weniger Bedenken, als einmal eine wohlwollende Auslegung der Kriegswochenhilfsvorschriften dem offenbaren Willen der Gesetzgeber entspricht und außerdem aus der bereits erwähnten Denkschrift zu der Bekanntmachung hervorgeht, daß bei der rechnerischen Ermittlung der voraussichtlich erwachsenden Kosten der Stillgelder offenbar für jeden Säugling die Gewährung eines Stillgeldes in Ansatz gebracht worden ist. Denn es ist die Zahl der Geburten unter Hervorhebung der Mehrlingsgeburten mit dem für das Stillgeld in Betracht kommenden Betrag vervielfacht worden, um die Höhe der voraussichtlich erforderlich werdenden Aufwendungen zu ermitteln. Auch in der Literatur wird der Standpunkt, daß bei Zwillingsgeburten ein doppeltes Stillgeld zu zahlen sei, überwiegend geteilt (zu vgl. Hoffmann, Betriebskrankenkasse 1915 S. 148, Arb.-Vers. 1915 S. 503, 692; Krause, Kriegswochenhilfe, Bd. 1 S. 47 und Betriebskrankenkasse S. 91).

Die Mehrleistungen der Krankenkassen aus § 8 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914.

Bescheid des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) vom 8. Februar 1916.

Bei den Leistungen aus § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) handelt es sich nicht um eine Beihilfe an die Angehörigen von Kriegsteilnehmern, sondern um eine lediglich aus der Tatsache der Kassenmitgliedschaft selbst hergeleitete Wohlfahrtsmaßnahme. Es sprechen daher keine Billigkeitsgründe für ein auch nur aushilfsweises Eintreten des Reiches mit seinen Mitteln. Ich verkenne nicht, daß die durch die Maßnahme bedingte Mehrausgabe die Landkrankenkassen namentlich deshalb empfindlich trifft, weil sie bisher noch keine Zeit zur Ansammlung von Rücklagen und sonstigen Vermögensbeständen gehabt haben. Indessen auch bei Krankenkassen anderer Art kann das geldliche Gleichgewicht dadurch gestört werden. Ein Eintreten mit Reichsmitteln könnte daher nicht einseitig lediglich auf die eine Kassengruppe der Landkrankenkassen beschränkt bleiben. Es müßte vielmehr allgemeiner Art sein und schon deshalb einen erheblichen Kostenaufwand bedingen. Ein solcher aber ist im Hinblick auf die augenblickliche Finanzlage unter allen Umständen zu vermeiden.

Im übrigen hat die Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 bereits selbst mit der Möglichkeit einer gewissen Ueberlastung einzelner Krankenkassen gerechnet und diesen deshalb in ihrem § 9 eine gewisse Erleichterung durch Inanspruchnahme der Landesversicherungsanstalten gesichert. Damit wird die betreffende Last den Kassen zwar nicht abgenommen — was ihnen naturgemäß noch willkommener sein würde —, aber doch in erträglicher Weise auf einen angemessenen weiten Zeitraum verteilt. Die bisherigen Erfahrungen dürften keine ausreichenden Gründe dafür ergeben, unter Fallenlassen dieses gesetzlich vorgesehenen Aushilfsmittels alsbald auf eine unmittelbare Hilfeleistung durch das Reich hinzudrängen.

In jedem Falle scheint mir der gegenwärtige Zeitpunkt nicht geeignet zu sein, mit besonderen Maßnahmen in die wirtschaftlichen Verhältnisse der Krankenkassen einzugreifen. Daß die Kassen während des Krieges durchhalten können, darf erfreulicherweise allgemein als feststehend angenommen werden. Wie sich ihre wirtschaftliche Lage nach dem Friedensschluß gestalten wird, bleibt abzuwarten. Erst wenn sich in dieser Beziehung ein einigermaßen sicherer Ueberblick gewinnen läßt, wird es an der Zeit sein, die dann allerdings wohl unerläßliche Neuregelung der Kassenverhältnisse in wirtschaftlicher Hinsicht, und zwar dann allgemein in die Wege zu leiten.

Das preußische Ministerium für Landwirtschaft, Domänen und Forsten, dem ich die dortige Eingabe mitgeteilt habe, hat sich der vorstehend dargelegten Auffassung angeschlossen. Es weist insbesondere darauf hin, daß der Verband nicht behauptet und dargetan habe, die Landesversicherungsanstalten seien ohne Erfolg auf Grund des § 9 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 in Anspruch genommen worden.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1916 S. 48 ff.)

Nr. 85. Die Beschäftigung eines pensionierten Staatsbeamten, der ein Ruhegehalt von 2084 M. bezieht und wieder bei einer Behörde während der üblichen Geschäftsstunden gegen ein Jahresentgelt von 840 M. tätig ist, bildet nicht seinen Hauptberuf.

Nr. 86. Ein bei einem preußischen Amtsgericht beschäftigter Hilfsschreiber, der neben reinen Schreibarbeiten nach Vorlage Vordrucke für Ladungen, Kostenfestsetzungen, Bewilligung des Armenrechts und dergl. in Urschrift ausfüllt sowie Ausfertigungen von Anerkenntnis- und Versäumnisurteilen herstellt, ist als Angestellter im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 87. Ein Angestellter, der in einer Buchdruckerei die dort beschäftigten Arbeiter zu beaufsichtigen, die Arbeit unter sie zu verteilen, Anordnungen für die Ausführung zu geben hat und im Bedarfsfalle selbst mitarbeitet, außerdem täglich vier Stunden auf die Redaktion einer dreimal wöchentlich erscheinenden Zeitung verwendet und über Lokalereignisse selbständig Berichte abfaßt, ist als Angestellter in gehobener Stellung versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 88. Packerinnen (Expedientinnen, Kontrolleurinnen) eines Warenhauses, welche lediglich die Aufgabe haben, die von der Kundschaft gekauften und zum Packtisch oder Expeditionsraum beförderten Waren nach Vergleich mit den Kassenzetteln oder Rechnungen einzupacken und der Kundschaft zu übergeben oder ihre Zusendung zu veranlassen, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 89. Direktricen, die in der Fabrik eines Herrenwäschegeschäfts 15 bis 20 Vorrichterinnen und Näherinnen bei ihren Arbeiten anleiten und beaufsichtigen, deren fertiggestellte Arbeiten nachprüfen und verbessern lassen, die geleisteten Arbeiten in Lohnbücher eintragen, sind nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn sie körperlich mitarbeiten.

Nr. 90. Expedientinnen in einer Straußenfederfabrik, die in der Hauptsache die aus der Fabrik kommenden Federn teils in Papierdüten, teils in Versandkartons hineinlegen oder anheften und nur gelegentlich bei der Zusammenstellung der Kommissionen mitwirken, sind Gewerbegehilfinnen und deshalb nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 91. Der Bürgermeister einer Stadt, dem eine dem § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte entsprechende Anwartschaft nicht gewährleistet ist, ist als Angestellter der Stadtgemeinde in leitender Stellung nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 92. Die Anwendbarkeit des § 210 Abs. 4 Satz 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte setzt voraus, daß in dem Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung die Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte in dem entscheidenden Teile des Beschlusses festgestellt wird.

Sprechsaal.

Der Anspruch des erkrankten Dienstboten auf Lohn nach preußischem Recht.

Die verschiedenen Ausführungen über diesen Gegenstand in der Arb.-Vers. 1915 S. 814, 1916 S. 96 und insbesondere S. 160 erscheinen mir nicht ganz zutreffend und wenigstens in einem wichtigen Punkte der Ergänzung bedürftig.

Es ist zunächst vollständig richtig, wenn die Arb.-Vers. ausführt, daß durch Art. 42 Abs. 2 des Einf.-Ges. zur Reichsversicherungsordnung die landesrechtlichen Vorschriften, welche die Fortzahlung des Lohnes an das Gesinde in Krankheitszeiten betreffen, vorbehaltlich des § 436 RVO. unberührt bleiben. Denn die Worte in § 436 RVO.: „Der Dienstberechtigte kann das Krankengeld auf den Lohn anrechnen, den er dem Dienstboten während der Krankheit weiterzahlt", bedeuten nicht, *daß* der Lohn während der Krankheit weiter zu zahlen ist, sondern behandeln nur die Anrechnung, *wenn* er weiter zu zahlen ist. Es kommt also darauf an, *welche* von der Reichsversicherungsordnung unberührt gebliebenen Vorschriften über diese Fortzahlung des Lohnes in Preußen bestehen. Hier kommt nun — und eben das scheint uns nicht richtig — die Arb.-Vers. 1916 S. 160 zu dem Ergebnis, daß in Preußen für das Gesinderecht nach wie vor § 616 BGB. gelte. „Die aus §§ 86, 87, 88, 91 der Gesindeordnung vom 8. November 1810 zu entnehmende abweichende Regelung der Frage ist dadurch beseitigt", so heißt es am Schlusse.

Wann und wo sind denn aber nun diese aufgezählten Paragraphen der Gesindeordnung aufgehoben worden? Die Reichsversicherungsordnung mit ihrem Ar-

tikel 42 des Einführungsgesetzes tut das gerade Gegenteil, wenigstens soweit die Bestimmungen über die Fortzahlung des Lohnes in Frage kommen. Das Bürgerliche Gesetzbuch und die dazu gehörigen Einführungs- und Ausführungsgesetze sagen von einer solchen Aufhebung aber auch kein Wort. Wenn der Artikel 95 des Einf.Ges. zum BGB. den § 617 BGB. auf das Gesinderecht ausdehnte, so wurde damit eine große Lücke ausgefüllt. Es erhielt dadurch die Dienstherrschaft die Verpflichtung, in allen Erkrankungsfällen des Dienstboten für ärztliche Behandlung und Verpflegung bis zur Dauer von sechs Wochen zu sorgen. Eine solche weitgehende Verpflichtung hatte bis dahin (wie wir weiter unten sehen werden) die Dienstherrschaft nicht. Jedenfalls wurden hierdurch, wie der Artikel 95 des Einf.Ges. zum BGB. ausdrücklich sagt, die hier in Frage kommenden Bestimmungen der Gesindeordnung nicht aufgehoben. Uebrigens hat, wie die Arb.-Verf. mit Recht sagt, dieser § 617 seine Bedeutung verloren, nachdem die Dienstboten allgemein der Krankenversicherungspflicht unterstellt worden sind. Und wenn in Preußen durch Art. 14 § 1 des Ausf.Ges. zum BGB. ausdrücklich verordnet ist, daß die Vorschrift des § 616 BGB. auf das Gesinderecht Anwendung findet, so sind damit ebenfalls noch nicht die aufgeführten Paragraphen der Gesindeordnung außer Kurs gesetzt. Auch diese Maßnahme sollte nur eine Erweiterung des Rechtes der Dienstboten sein. Man wollte in den Fällen, die von der Gesindeordnung noch nicht berührt werden, dem Dienstboten die Fortzahlung des Lohnes sichern, wenn dieser „verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" erwerbsunfähig ist. Auf keinen Fall sollten in der Gesindeordnung begründete weitergehende Ansprüche beseitigt werden.

Welche Ansprüche sichert nun denn die altpreußische Gesindeordnung zu? Zieht ein Dienstbote — so sagt § 86 — sich durch den Dienst oder bei Gelegenheit desselben eine Krankheit zu, so ist die Herrschaft schuldig, für seine Kur und Verpflegung zu sorgen. Dafür darf dem Gesinde — so sagt § 87 — an seinem Lohn nichts abgezogen werden. Diese Bestimmung in § 87 ist auch durch Artikel 42 des Einf.Ges. zur RVO. nicht aufgehoben worden, der nur die landesrechtlichen Vorschriften über „Kur und Pflege des erkrankten Gesindes" beseitigt. Hiernach hat also der Dienstbote Anspruch auf Fortzahlung des Lohnes im Sinne des § 436 RVO., wenn die Krankheit „durch den Dienst oder bei Gelegenheit desselben" eingetreten ist. Alle Kommentatoren zum Gesinderecht legen diese Worte dahin aus, daß die Krankheit mit dem Dienst in ursächlichem Zusammenhang stehen, auf ihn als Ursache zurückzuführen sein muß. Das ist z. B. dann der Fall, wenn der Dienstbote durch den Dienst eine Verletzung erleidet, oder wenn auf einem Gute eine ansteckende Krankheit ausbricht, von der der Dienstbote ergriffen wird usw. Justizrat Jacobi sagt in seinem Kommentar zur Preuß. Gesindeordnung (Karl Heymanns Verlag 1906), S. 149, daß die Herrschaft verpflichtet ist, dem Gesinde, wenn seine Krankheit mit dem Dienst in ursächlichem Zusammenhang steht, auch für die Dauer der Krankheit (und zwar bis zur Beendigung des Dienstverhältnisses) den Lohn zu zahlen, daß die Herrschaft nicht einmal die von ihr aufgewendeten Kosten des Heilverfahrens und auch nicht das aus der Krankenkasse gezogene Krankengeld anrechnen darf (eben gerade hier brachte der § 436 RVO. eine Aenderung). Rechtsanwalt Gerhard sagt in seinem Kommentar (Guttentagsche Sammlung, 1902) S. 124, daß diese Bestimmung von der Fortzahlung des Lohnes, die jede Anrechnung ausschließe, durch das Bürgerliche Gesetzbuch, insbesondere dessen § 617, nicht berührt werde, da sie das Gesinde günstiger stelle. Und sie wird, so fügen wir hinzu, auch in Preußen nicht von dem anwendbaren § 616 berührt. Der große Kommentar zur Gesindeordnung vom Polizeimajor Klein in Berlin (Deutscher Städteverlag, Berlin 1908) kommt ebenfalls S. 64 zu dem Ergebnis, daß in solchen Krankheitsfällen, die auf den Dienst zurückzuführen sind, der Lohn ohne Abzug fortzuzahlen ist. Wäre die Anschauung der Arb.-Verf., daß nämlich durch den § 616 BGB. die §§ 86, 87 ff. der altpreußischen Gesindeordnung aufgehoben worden seien, richtig, so wäre es doch höchst verwunderlich, daß keiner dieser vielgebrauchten Gesetzeskommentare ein Wort davon sagt. Wollen sie doch alle nur das preußische Recht auslegen. Sollte der Gesetzgeber mit der eingeführten Anwendung des § 616 BGB. auf das Gesinderecht in Preußen die mehrfach genannten Bestimmungen der Gesindeordnung haben aufheben wollen, so wäre das eine so einschneidende Maßnahme gewesen, daß sie ausdrücklich wäre gesagt worden.

Diese hier aufgeführten Fälle hat zweifellos § 436 RVO. im Auge. Wenn er von Anrechnung des Krankengeldes auf den „Lohn" spricht, so meint er sicher den Lohn im ganzen Umfang, also Barlohn und Entschädigung für Beköstigung. Wird ein Dienstmädchen während seiner Erwerbsunfähigkeit, die auf einer der näher beschriebenen Ursachen beruht, zu Hause bei den Eltern verpflegt, so würde der Barlohn und der von der Polizeibehörde festgesetzte Pauschalsatz für die Sachbezüge zusammenzuziehen sein, wovon das Krankengeld abgerechnet werden könnte. Den Rest müßte die Dienstherrschaft zahlen bis die Erwerbsunfähigkeit oder (§ 92 der Gesindeordnung) das Dienstverhältnis beendet ist. Fr. Kleeis.

Diese Ausführungen unseres geschätzten Herrn Mitarbeiters, soweit sie von den unsrigen (Heft 7 S. 160) abweichen, überzeugen uns keineswegs. Er fragt: wann und wo die §§ 86, 87, 88, 91 der preußischen Gesindeordnung aufgehoben worden seien. Die Antwort lautet natürlich: durch Art. 14 § 1 des preuß. Ausf.Ges. zum BGB., der kurz und klar verordnet, daß der § 616 BGB. auf das Gesindeverhältnis Anwendung findet. Nach diesem § 616 geht der Dienstverpflichtete des Lohnanspruchs nicht dadurch verlustig, „daß er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird". Welcher Art dieser Grund im übrigen ist, darauf kommt es nicht an. Der § 616 BGB. gilt also auch, wenn der Dienstbote durch Krankheit an der Dienstleistung verhindert ist. Kleeis meint: dadurch seien die §§ 86, 87, 88, 91 der Gesindeordnung noch nicht außer Kurs gesetzt, der Art. 14 des Ausf. Ges. durch durch die Unterstellung des Gesindes unter § 616 BGB. nur eine Erweiterung der Rechte des Dienstboten beabsichtigt habe. Dies ist aber eine willkürliche Annahme, wie sich besonders aus einem Vergleiche des Art. 14 § 1 d. Ausf.Ges. mit Art. 95

Abs. 2 d. Einf.Ges. zum BGB. ergibt. In der letzteren Vorschrift wird unter anderem der § 617 BGB. auf das Gesindeverhältnis für anwendbar erklärt, jedoch ausdrücklich „nur insoweit, als die Landesgesetze dem Gesinde nicht weitergehende Ansprüche gewähren". Es hätte recht nahe gelegen, dem Art. 14 § 1 des preuß. Ausf. Ges. eine entsprechende Einschränkung hinzuzufügen, wenn beabsichtigt worden wäre, durch die Unterstellung des Gesindes unter § 616 BGB. gleichfalls nur eine Erweiterung der Rechte des Dienstboten im Falle der Dienstbehinderung einzuführen. Da eine solche Einschränkung nicht beigefügt ist, so ist davon auszugehen, daß Art 14 § 1 des Ausf. Ges. eine erschöpfende Regelung bezweckt und auch für den Fall der Dienstbehinderung durch Krankheit den § 616 BGB. an die Stele der älteren Vorschriften der Gesindeordnung setzt, gleichviel, ob diese den Dienstboten ungünstiger oder günstiger stellten.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Nahrungsmittel als Heilmittel?

Die Verpflichtung der Krankenkassen, Nahrungsmittel als Heilmittel zu liefern, behandelt, wie die „Deutsche Medizinische Wochenschrift" berichtet, eine jüngst ergangene Entscheidung des Oberversicherungsamts Düsseldorf. Ein Kassenmitglied war vom 10. Oktober bis 3. November 1914 an einem Magenleiden erkrankt. Der Arzt hatte ihm eine Eierkur — täglich vier bis sieben rohe Eier — verordnet und ihm am Ende der Kur bescheinigt, daß die Eier als Heilmittel hätten dienen sollen. Der Versicherte verlangte von der Kasse Ersatz von 18 M., die er für die Eier „als Heilmittel" ausgegeben hatte. Das Versicherungsamt und das Oberversicherungsamt gaben seinem Verlangen statt, da die Eier nicht Nahrungs-, sondern Heilmittel gewesen seien. Für den Arzt hatte die Sache aber insofern ein unangenehmes Nachspiel, als die Krankenkassenkommission der Aerzte ihm den Betrag von 18 M. an seinem Honorar in Abzug brachte und außerdem eine Strafe von 50 M. auflegte, da sie davon ausging, daß, wenn die Eier überhaupt als Heilmittel verordnet worden seien, an ihre Stelle sehr wohl ein viel billigeres Arzneimittel hätte treten können und daß in der Ausstellung des Zeugnisses an den Kranken eine unzulässige Gefälligkeit gegenüber diesem zu erblicken sei.

Zur Herabsetzung der Altersgrenze für die Altersrente.

Wie wir bereits in Heft 9 S. 208 mitgeteilt haben, ist dem Bundesrat eine Vorlage, in welcher dem Wunsche des Reichstags auf Herabsetzung der Altersgrenze vom 70. auf das 65. Lebensjahr entsprochen werden soll, bereits zugegangen. Von mehreren Seiten ist angeregt worden, die Vorschriften nicht sofort in Kraft treten zu lassen, da zur Bearbeitung der im ersten Jahre zu erwartenden Anträge, deren Zahl auf 200 000 angegeben wird, zahlreiche Beamten erforderlich seien, die zurzeit nicht zur Verfügung gestellt werden könnten. Es sei zweckmäßig, das Inkrafttreten der neuen Vorschriften bis nach Friedensschluß hinauszuschieben und, um Benachteiligungen auszuschalten, den Bestimmungen rückwirkende Kraft beizulegen.

Gegen diese Anregung wird in einer amtlich beeinflußten Darstellung hervorgehoben: Die Zahl der im ersten Jahr zu erwartenden Anträge ist voraussichtlich viel zu hoch veranschlagt. Nach der dem Reichstag seinerzeit zugegangenen Denkschrift über die Vermögenslage der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung am 1. Januar 1914 veranschlagte das Reichsversicherungsamt die Zahl der im Alter von 65 bis unter 70 Jahren stehenden versicherten Personen am 1. Juli 1912 auf 206 168, so daß zurzeit etwa 210 000 solcher Personen vorhanden sein werden. Hiervon werden etwa 60 000 auf weibliche Versicherte entfallen. Von den weiblichen Versicherten kommt weitaus der größte Teil von ihnen nicht zum Bezuge der Altersrente, weil die gesetzlichen Bedingungen nicht erfüllt werden können. Bei der Landesversicherungsanstalt Berlin kamen im Jahre 1914 auf 100 bewilligte Altersrenten nur sieben an Frauen. Man wird also schon recht hoch rechnen, wenn man annimmt, daß von den rund 60 000 weiblichen Versicherten, die beim Inkrafttreten der neuen Vorschriften im Alter von 65 bis 70 Jahren stehen, 20 v. H., also etwa 12 000 zum Bezuge der Altersrente gelangen. Auch beim männlichen Geschlecht tritt die Versicherungspflicht ziemlich häufig in höheren Lebensjahren ein, so daß auch von diesen Versicherten ein Bruchteil bisher nicht die Wartezeit wird erfüllen können. Nach den genannten Ermittelungen des Reichsversicherungsamts waren von den 206 168 Versicherten beider Geschlechter nur 43,6 v. H. zum Bezuge der Altersrente berechtigt, also nur rund 90 000. Rechnet man davon 12 000 auf weibliche Versicherte, so würden 78 000 auf männliche Versicherte entfallen, so daß rund 50 v. H. aller männlichen Versicherten im Alter von 65 bis 70 Jahren in den Genuß der Altersrente kommen würden. Um nicht zu niedrig zu greifen, soll vorausgesetzt werden, daß 60 v. H. der männlichen Versicherten der genannten Altersjahre rentenberechtigt werden; dann würde also mit einem Zugang von 90 000 Altersrenten an männliche und 12 000 Altersrenten an weibliche Versicherte, insgesamt also von 102 000 Renten, d. h. die Hälfte der in den vorgenannten Aeußerungen der Presse angegebenen Zahl zu rechnen sein. Bei 41 Versicherungsträgern entfallen auf jeden rund 2500 Rentenanträge.

Für die geschäftliche Behandlung der Altersrentenanträge bieten sich nur in den wenigen Fällen Schwierigkeiten, wo der Nachweis der Beschäftigung in den vorgesetzten Jahren zu führen ist. Die geäußerten Befürchtungen hinsichtlich einer geschäftlichen Ueberlastung der Versicherungsträger werden deshalb in der Hauptsache gegenstandslos sein, so daß einem sofortigen Inkrafttreten der

gewünschten Aenderung der Reichsversicherungsordnung nichts im Wege stehen dürfte.

Allerlei zum „Berliner Abkommen" zwischen Krankenkassen und Aerzten.

A. Beschlüsse zur Durchführung des Abkommens.

Am 29. Februar hat im Reichsamt des Innern unter Leitung dieses Amtes und unter Mitwirkung der zuständigen preußischen Ministerien eine Sitzung von Vertretern der an dem Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Aerzten (Berliner Abkommen) beteiligten Verbände stattgefunden. Es wurden folgende Vereinbarungen getroffen:

In der heutigen Verhandlung, an welcher die in der Niederschrift bezeichneten Personen teilgenommen haben, wurden folgende Vereinbarungen getroffen bzw. Beschlüsse gefaßt:

I.

1. Die Krankenkassenverbände übernehmen die in der Verhandlung vom 23. September 1914 unter Ziffer 2 vereinbarte Verpflichtung in entsprechender Weise bis zum 31. Januar 1917.*)

2. Die Krankenkassenverbände verpflichten sich, nachdrücklich bei den Krankenkassen darauf hinzuwirken, daß allenthalben der 5-Pf.-Zuschlag gezählt und mit dem 10-Pf.-Beitrag der Aerzte an die Seehandlung abgeführt wird.

3. Der Minister des Innern soll ersucht werden, für die einzelnen Streitorte eine Abfindungskommission zu bilden, bestehend aus einem von den Kassenverbänden zu bestellenden Vertreter der örtlichen Kassen, einem von den Aerzteverbänden zu bestellenden Vertreter der Aerzte und einem juristischen Mitgliede des Ministeriums des Innern.

4. Die Versicherungsämter sollen von den Krankenkassen eine Nachweisung über die Zahl der Kassenmitglieder und die an die Seehandlung gezahlten Beiträge einfordern und an die Verwaltungsstelle für Arztabfindungen abgeben.

5. Der Leipziger Verband übernimmt, bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die Rechtsgültigkeit der angefochtenen Verträge mit den Düsseldorfer Nothelfern vom 1. März d. J. an die fälligen Gehälter weiter zu zahlen.

II.

Der Allgemeine Deutsche Landkrankenkassenverband tritt unter denselben Bedingungen wie die anderen beteiligten Kassenverbände dem Berliner Abkommen bei.

III.

Binnen 4 Wochen nach entsprechendem Antrag der Kassenverbände soll eine erneute Verhandlung über die von ihnen zu stellenden Anträge zum Berliner Abkommen einberufen werden.

*) Die bezeichnete Vereinbarung vom 23. September 1914 Ziff. 2 lautet nach der amtlichen Niederschrift: Dagegen verpflichten sich die nebenbezeichneten Vertreter der Kassenverbände, in der ihnen nach Ziff. 11 Abs. 3 des Berliner Abkommens obliegenden Weise auf die Krankenkassen dahin einzuwirken, daß die Hälfte sämtlicher Zahlungen, welche der Leipziger Verband für die Zeit bis zum 31. Januar 1915 geleistet haben wird, durch den 5-Pf.-Zuschlag auf jeden Fall aufgebraucht wird.

B. Ein Zentralschiedsamt.

Im Berliner Abkommen ist zur endgültigen Entscheidung über die Meinungsverschiedenheiten bei Aufstellung neuer Kassenarztverträge eine Instanz, das Schiedsamt vorgesehen. Das Abkommen bildet aber die Grundlage zur Regelung sehr verschiedenartiger und verwickelter Verhältnisse, und zwar für den ganzen Umfang des deutschen Reiches, und es hat sich ergeben, daß infolge widersprechender Entscheidungen der verschiedenen Schiedsämter eine Unsicherheit über die Bedeutung der Bestimmung des Abkommens entsteht. Zur Beseitigung dieses Mißstandes und zur Wahrung der Rechtseinheit wird die Einrichtung einer höheren, für das ganze Reich zuständigen Instanz erwogen. Die Hauptverbände der Krankenkassen sind übereingekommen, den Antrag auf Bildung einer Berufungsinstanz für die Entscheidungen der Schiedsämter, in der Form eines Zentralschiedsamts zu stellen. Die Kassenvertreter sind bestrebt gewesen, die Möglichkeit der Berufung so eng als angehend zu fassen, und nur grundsätzliche und wichtige Fragen an das Zentralschiedsamt zu bringen. Im Laufe der Zeit, wenn das Zentralschiedsamt in den wesentlichen Punkten entschieden hat, wird seine Tätigkeit immer geringer werden. Zurzeit wird eine solche Einrichtung für dringend erforderlich erachtet.

Auch über diese Ergänzung des Abkommens wurde in der zu A erwähnten Sitzung verhandelt, aber nur in vorläufiger unverbindlicher Aussprache. Die Beschlußfassung wird in einer weiteren Verhandlung erfolgen.

Der von den Krankenkassen-Hauptverbänden aufgestellte Vorschlag lautet:

Ziffer 5 Abs. 3 des Berliner Abkommens ist zu streichen. Dafür ist folgende Ziffer 5a einzuschalten:

„Gegen die Entscheidung des Schiedsamts ist nach Maßgabe der hierfür erlassenen besonderen Bestimmungen die Berufung an das Zentralschiedsamt zulässig."

In Ziffer IV Abs. 1 der Bestimmungen über die Bildung und Tätigkeit des Schiedsamts sind die Worte „endgültig mit verbindlicher Wirkung für beide Teile" zu streichen, desgleichen Ziff. IV Abs. 1 letzter Satz der Bestimmungen für die Bildung und Tätigkeit des Vertragsausschusses.

Bestimmungen über die Bildung und die Tätigkeit des Zentralschiedsamts.

Bildung des Zentralschiedsamts.

I. Das Zentralschiedsamt wird für das gesamte Reichsgebiet gebildet.

Das Zentralschiedsamt besteht aus einem Vorsitzenden und sechs Beisitzern.

Den Vorsitzenden, seinen Stellvertreter und zwei Beisitzer, welche letzteren aus der Zahl der ständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamts zu entnehmen sind, ernennt der Staatssekretär des Innern. Von den weiteren Beisitzern sind je zwei von den am Berliner Abkommen beteiligten Verbänden der Kassen und der Aerzte zu bestellen. Für die Beisitzer werden je zwei Stellvertreter bestellt. Den von den Kassen- und Aerzteverbänden bestellten ständigen Beisitzern bleibt das Recht vorbehalten, mittels schriftlicher Vollmacht an ihrer Statt jeweils auch andere

Vertreter zu ernennen, die nicht zu den ständigen Stellvertretern gehören.

II. Die Geschäfte des Zentralschiedsamts werden bei dem Reichsamt des Innern (oder Reichsversicherungsamt) geführt.

Alle Angelegenheiten des Zentralschiedsamts gehen unter der Adresse Reichsamt des Innern (oder Reichsversicherungsamt), Zentralschiedsamt.

Der Vorsitzende leitet die Geschäfte beim Zentralschiedsamt und bestimmt Ort und Zeit der Verhandlungen.

III. Die Tätigkeit der Mitglieder des Zentralschiedsamts ist ehrenamtlich. Es bleibt den beteiligten Kassen und Aerzten überlassen, den Beisitzern eine Entschädigung für Zeitverlust und Ersatz ihrer baren Auslagen zu gewähren.

Tätigkeit des Zentralschiedsamts.

IV. Gegen die Entscheidungen der Schiedsämter ist die Berufung an das Zentralschiedsamt zulässig, wenn es sich handelt um

1) eine Aenderung des bei der Kasse bestehenden Arztsystems,
2) die Vertragsform,
3) die Bildung, Zusammensetzung und Tätigkeit von Verwaltungs-, Prüfungs- oder Schiedsstellen im Arztvertrag, die nicht im Berliner Abkommen vorgesehen sind,
4) eine Erhöhung des Gesamtarzthonorars um mehr als 25 v. H., oder um eine Ermäßigung desselben gegenüber dem bisher vertraglich zu zahlenden Honorar.

V. Die Berufung muß innerhalb eines Monats nach Zustellung des Schiedsamtsspruchs bei dem Schiedsamt, dessen Entscheidung angefochten wird, oder bei dem Zentralschiedsamt eingelegt werden.

Ist die Berufung unzulässig oder verspätet, so kann sie der Vorsitzende zurückweisen; der Antragsteller kann binnen einer Woche nach Zustellung die Entscheidung des Zentralschiedsamts anrufen.

VI. Das Zentralschiedsamt ist an die Beschlüsse des Zentralausschusses gebunden. Es hat Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung, die den Inhalt oder die Auslegung des Abkommens betreffen, falls der Zentralausschuß darüber noch nicht beschlossen hat, an diesen abzugeben. Er bereitet in diesen Fällen die Entscheidung vor und hat sich gutachtlich zu äußern.

Entscheidungen.

VII. Die Parteien sind auf Antrag zu den Verhandlungen zugelassen.

Ein Beisitzer darf nicht an einem Spruche in einer Sache teilnehmen, an deren schiedsamtlicher Entscheidung er mitgewirkt hat, oder die eine Kasse angeht, bei der er tätig oder Mitglied eines ihrer Organe ist.

Die Entscheidungen des Zentralschiedsamts erfolgen mit einfacher Stimmenmehrheit. Zur Beschlußfassung genügt die Anwesenheit von drei Mitgliedern einschließlich des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters. An der Abstimmung darf sich immer nur die gleiche Anzahl der Beisitzer aus den beiden Gruppen der Kassen- und Aerztevertreter beteiligen.

Die Entscheidungen des Zentralschiedsamts sind endgültig.

Dem Schiedsamt, das den Schiedsspruch gefällt hat, und den Parteien wird die Entscheidung mitgeteilt.

VIII. Solange das Verfahren schwebt, gelten die bisherigen Verträge weiter.

C. Der Fünfpfennigzuschlag.

Hierüber haben die fünf Hauptverbände der Krankenkassen an die ihnen angeschlossenen Kassen folgendes Rundschreiben erlassen:

Bei Durchführung des Berliner Abkommens zwischen den Aerzte- und Kassenverbänden sind in den letzten Monaten eine Reihe schwerer Differenzen entstanden, die das Abkommen bedrohten.

Durch langwierige Verhandlungen im Reichsamt des Innern ist unter Beteiligung von Reichs- und Staatsbehörden ein wichtiger Teil der Differenzen beigelegt worden. Nachdem dies erfolgt ist, ersuchen wir die unserem Verbande mittel- und unmittelbar angeschlossenen Kassen hierdurch erneut, den rückständigen und laufenden Fünfpfennig-Beitrag an die Königl. Preuß. Seehandlung in Berlin abzuführen. Dabei bitten wir, die gegebenen Anleitungen genau zu beachten, insbesondere aber genaue Angaben darüber zu machen, für welche Zeit der Beitrag geleistet wird, welcher Betrag auf die Kassen und welcher auf die Aerzte entfällt. Alle Kassenärzte sind nachdrücklich anzuhalten, sich ihren Beitragsteil kürzen zu lassen. Die Versicherungsämter werden voraussichtlich in nächster Zeit von allen Kassen Nachweise über die Abführung der Beiträge der Kassen und Aerzte anfordern. Diese sind alsbald zu geben.

Da viele Aerzte, aber auch viele Kassenvertreter zum Heeresdienst eingezogen sind, stocken vielerorts die Vertragsverhandlungen. Das ist kein Unglück, weil dann nach dem Berliner Abkommen die alten Verträge weiter gelten. Wo überhaupt keine Verträge bestehen, wird man mit einfachen, bis auf weiteres geltenden Vereinbarungen auskommen können.

Vor irgend welchen, über die bisherigen Abmachungen hinausgehenden Zugeständnissen an die Aerzte oder deren Organisationen sollten unsere Verbandskassen immer unser Gutachten einholen. Viele Kassenvorstände haben unter Verkennung der Tragweite gewisse vertragliche Bestimmungen anerkannt, die unbedingt zurückgewiesen werden mußten. Vor Einführung organisierter freier Arztwahl, sowie vor Kollektivvertrag und Bezahlung des Honorars an Aerzteorganisationen, muß dringend gewarnt werden. Das Berliner Abkommen soll von den Kassen genau beachtet und gehalten werden. Jedes Entgegenkommen der Kassen darüber hinaus ist bei der Haltung vieler örtlicher Organisationen der Aerzte von Uebel und muß dort, und zwar so lange unterbleiben, bis die Aerzteorganisationen anerkennen, daß die Kassen der andere, ihnen gleichgestellte Vertragsteil sind, dem man unwürdige und unmögliche Bedingungen nicht aufzwingen darf.

Rechtsbelehrung durch die Kassenverwaltungen.

Die RVO., und zwar auch das Buch über die KrVers, enthält zweifellos eine Reihe von Bestimmungen, die dem einfachen Arbeiter schwer verständlich sind. Mag sein, daß man die Bestimmungen zum Teil eingeführt hat, um die Versicherung mehr den Bedürfnissen der Versicherten anzupassen oder die Versicherung mehr vor Mißbrauch zu schützen, — das ändert aber nichts an der Tatsache, daß die Versicherungseinrichtungen und die Gesetzesvorschriften verwickelter und weniger faßlich geworden sind. Es sei z. B. verwiesen auf § 208, wonach der Anspruch auf Mehrleistungen auch als erworben

anzusehen ist, wenn das Mitglied binnen der letzten zwölf Monate bereits für mindestens sechs Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse gehabt, auf § 214, der bei Erkrankungen während der Erwerbslosigkeit einen Anspruch auch einräumt, wenn der Versicherte zwar nicht unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen, wohl aber in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen versichert war, auf § 313, der bei der freiwilligen Weiterversicherung auch den Uebertritt in eine niedere Klasse oder Lohnstufe gestattet usw. Das sind alles Einrichtungen, die den Arbeitern, die in der Auffassung gesetzlicher Vorschriften nicht geübt sind, wenigstens jetzt noch unverständlich sind. Die Erfahrung zeigt leider, daß auch die einfachsten derartigen Dinge einer großen Zahl von Arbeitern nur schwer geläufig werden.

Die Handhabung dieser Bestimmungen sollte nun unseres Erachtens so sein, daß den Arbeitern aus dieser ihrer Unkenntnis möglichst wenig Nachteil erwächst. Wenigstens sollten die Kassenverwaltungen diese Unkenntnis der Versicherten nicht zu ihrem Vorteil benutzen. Wie aber namentlich die Arbeitersekretariate sehr häufig feststellen können, kommt das vielfach vor. So ist es durchaus keine Seltenheit, daß Kassenverwaltungen grundsätzlich an alle Mitglieder, die noch nicht länger als sechs Wochen versichert sind, nur die Regelleistungen auszahlen. Kennt das Mitglied die in § 208 RVO. getroffene Einrichtung nicht und macht es seine Ansprüche auf die Mehrleistungen nicht ausdrücklich geltend, so verliert es diese. Häufig ereignet es sich, daß der Kassenbeamte zu den in der Zeit der Erwerbslosigkeit Erkrankten einfach sagt: „Sie sind noch nicht sechs Wochen Mitglied und haben deshalb keinen Anspruch“. Daß er aber den Anspruch auch hat, wenn er nachweist, daß er in den letzten zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen versichert war, wird ihm nicht gesagt. Wird der Kranke nicht zufällig von einer der nicht gerade zahlreichen Personen, die die Sache verstehen, genügend aufgeklärt, so geht er seiner Ansprüche verlustig. Aehnlich verhält es sich noch mit vielen anderen Einrichtungen.

Es mag allerdings im Wesen aller Kassenorgane und Kassenangestellten, namentlich der Kassierer, liegen, auf möglichst große Sparsamkeit bedacht zu sein. Es ist ja auch an sich in der Ordnung, wenn die Kassenangestellten mit den Kassengeldern so sorgfältig umgehen, als wären es ihre eigenen Gelder; nur ist auch hier, wie überall, der richtige Weg im verständigen Maßhalten zu suchen. Es wird das Ansehen der sozialen Versicherung in Arbeiterkreisen geschädigt, wenn ein Versicherter sozusagen wissentlich um seine Ansprüche gebracht wird. Es ist daher als Ehrenpflicht der Kassenangestellten anzusehen, den Versicherten durch die nötige Aufklärung Rechtshilfe zu leisten, und zwar nicht nur, wenn es sich darum handelt, den Versicherten an eine zuständige andere Stelle zu verweisen, sondern auch, wenn es sich um die Leistungspflicht der eigenen Kasse handelt. Man muß doch immer im Auge behalten, daß die soziale Versicherung eine gemeinnützige Einrichtung ist, die nur dazu geschaffen wurde, um den Versicherten und Kranken zu helfen. Die Durchführung der Versicherung muß diesem ganzen Geiste entsprechen und darf nicht so aussehen, als handele es sich darum, mit Hangen und Bangen einzuhalten, was nur einmal geschrieben steht. Der größte Teil der Kassenangestellten faßt auch erfreulicher Weise seine Tätigkeit mit dem nötigen sozialen Verständnis auf; bei einem kleinen Teile wäre aber ein weiteres Eindringen in diesen Zweck der Versicherung sehr nützlich.

Literarisches.

Der Kriegsbeschädigte und die Kriegsrente. Von Friedrich Kleeis. Halle 1916, Verlag der Volksbuchhandlung. Preis 5 Pf.; für 100 Stück oder mehr nur 4 Pf.

Ein Abdruck des vom Verfasser im zweiten Lehrgang der Kriegsbeschädigten-Fürsorge in der Universität Halle gehaltenen Vortrags, über dessen Inhalt wir im Heft 1 S. 19 ausführlich berichtet haben. Die dem Verfasser eigene gemeinverständliche und klare Sprache, sowie der erstaunlich niedrige Preis des Heftes (12 Seiten) lassen die Schrift zur Massenverbreitung besonders geeignet erscheinen.

Zusammenstellung wichtiger Entscheidungen und Bescheide des Reichsversicherungsamts für Krankenkassen. Bearbeitet im Auftrage des Verbandes von Ortskrankenkassen der Provinz Hessen-Nassau von Verwaltungsdirektor Pallas in Frankfurt a. M. Selbstverlag des Verbandes 1916. Preis 60 Pf., bei größeren Bezügen 50 Pf.

Ein Heft von 39 Seiten, zum praktischen Gebrauche wohl geeignet, wenn der Benutzer den in einer Vorbemerkung enthaltenen Hinweis beachtet, daß überall nur die Ueberschriften der Entscheidungen mitgeteilt sind, daß diese aber den Inhalt nicht immer vollkommen wiedergeben und daß es sich daher empfiehlt, die Entscheidungen selbst nachzulesen. Sie sind zu diesem Zwecke überall mit Anziehung der „Amtlichen Nachrichten“ sowie der „Entscheidungen und Mitteilungen“ des Reichsversicherungsamts angeführt. Der gesamte Stoff aus den Jahrgängen 1912 bis 1915 ist paragraphenweise recht übersichtlich geordnet.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Zur Beleuchtung des § 418 RVO.

1. Nach L. Antwort: Da R. nach § 418 RVO. befreit war, muß ihm an den Arbeitgeber ein Rechtsanspruch zugestanden haben auf eine Unterstützung, die den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertig ist. Ueber den Inhalt dieses Anspruchs im einzelnen können wir nichts ersehen. Der Kasse müssen die nötigen Unterlagen bekannt sein, da ja nur nach Prüfung des Anspruchs die Befreiung bewilligt werden durfte. Es war Sache des R., die ihm zustehende Unterstützung von dem Arbeitgeber zu fordern und, wenn sie nicht geleistet wurde, bei der Kasse die Gewährung der satzungsmäßigen Leistungen zu beantragen; die Kasse wiederum hat von dem Arbeitgeber Erstattung des Geleisteten zu beanspruchen (§ 422). Selbstverständlich war von dem schwer kranken und gewiß ganz rechtsunkundigen Knecht nicht zu erwarten, daß er den richtigen Weg finden werde, um zu seinem Rechte zu gelangen, während der Gutsherr oder der Gutsverwalter, dem die Lage des Mannes doch kaum unbekannt geblieben sein kann, sich nicht rührte. Unter diesen Umständen tat der Kranke, was er konnte: er starb. Was jetzt noch „zweckmäßigerweise zu veranlassen ist?" Nun, der Anspruch des Verstorbenen ist auf seine Erben übergegangen, kann also von der Witwe für sich und ihre drei unmündigen Kinder erhoben werden. Zwar mit dem Anspruch auf ärztliche Behandlung usw. wird jetzt nicht mehr viel anzufangen sein; man wird ihn als erledigt ansehen müssen, nachdem der Verwalter dem Kranken einmal „einen Tee" — gegen Lungen- und Gehirntuberkulose! — gegeben und zu allerletzt sogar einen Wagen für die Fahrt zum Arzt gestellt hatte. Aber vielleicht umfaßt jener „gleichwertige" Rechtsanspruch, der dem Verstorbenen an den Arbeitgeber zustand, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit auch gewisse dem Krankengeld entsprechende Geld- oder Sachleistungen — wir können es nicht wissen, und wenn der „Rechtsanspruch" so allgemein formuliert gewesen sein sollte, wie das Reichsversicherungsamt es für zulässig erachtet hat (zu vgl. Arb.-Vers. 1915 S. 388), so kann überhaupt kein Mensch wissen, was der Kranke und Arbeitsunfähige vom Arbeitgeber eigentlich zu fordern hatte. Die Frau wird sich also wegen Nachgewährung der vertragsmäßigen Unterstützung an den Arbeitgeber, und wenn dieser nicht leistet, wegen Nachzahlung des Krankengeldes an die Kasse zu wenden haben (§ 422). — Der traurige Fall wirft wieder einmal helles Licht auf die Herrlichkeit des § 418 RVO.

Kriegswochenhilfe für ein uneheliches Kind.

2. Nach Gleiwitz. Frage: Besteht für ein am 1. April 1915 unehelich geborenes Kind, das bei der am 1. Februar 1916 erfolgten Eheschließung von dem Vater legitimiert worden ist, Anspruch auf die volle Wochenhilfe? Der Vater ist Anfang August 1914 zu Kriegsdiensten einberufen worden und war vorher längere Zeit krankenversicherungspflichtig. Die Mutter ist ein Jahr vor ihrer Entbindung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht nachgegangen. Wer hat die Wochenhilfe zu verauslagen, die Krankenkasse oder der Lieferungsverband?

Antwort: Unter der Voraussetzung, daß der Vater zur Zeit der Geburt Kriegsteilnehmer im Sinne von § 1 Ziff. 1 Bekanntmachung vom 23. April 1915 war, bestand ein Anspruch auf Kriegswochenhilfe nur dann, wenn die Mutter für das Kind Kriegsunterstützung erhielt (§ 3 a. a. O.). Die Kriegswochenhilfe umfaßt die in § 4 a. a. O. erwähnten Leistungen; doch sind Wochen- und Stillgeld erst vom 24. April 1915 ab zu gewähren, und zwar das Wochengeld bis zum 27. Mai, das Stillgeld bis zum 24. Juni 1915; dies folgt aus § 22 Abs. 2 a. a. O. Ein Anspruch auf Still- und Wochengeld für die Zeit vom 1. bis 23. April, sowie auf den Entbindungsbeitrag von 25 Mark und auf die Beihilfe von 10 M. bei Schwangerschaftsbeschwerden (§ 4 Ziff. 1 und 3) besteht nicht, doch kann der Lieferungsverband statt dessen eine einmalige Unterstützung gemäß §§ 16 ff. zubilligen. Die Wochenhilfe ist vom Lieferungsverband zu verauslagen. Daß der Vater die Mutter später heiratet und dadurch das Kind ehelich wurde, ist für den Anspruch ohne Bedeutung, da die Eheschließung erst nach Ablauf der Unterstützungsfrist erfolgte. Soweit für das Kind keine Kriegsunterstützung gewährt wurde, bestand auch kein Anspruch auf Kriegswochenhilfe.

Form der Jahresrechnung bei Krankenkassen.

3. Nach D. Antwort: Die Jahresrechnung ist ihrem Wesen nach eine Zusammenstellung der Einnahmen und Ausgaben und eine Nachweisung des vorhandenen Vermögens. Für die „Aufstellung" der Jahresrechnung werden daher im allgemeinen die §§ 20—26 der Bek. v. 9. Okt. 1913 nebst den beigefügten Mustern 1 und 2 maßgebend sein, doch kann die Satzung noch näheres bestimmen (§ 321 Ziff. 7 RVO.), z. B. noch besondere, in der Bekanntmachung nicht geforderte Angaben vorschreiben. Dem Versicherungsamt steht nur zu, über die Beobachtung des Gesetzes und der Satzung auch in dieser Hinsicht zu wachen (§ 30 RVO.), nicht aber, selbst irgendwelche besondere Vorschriften zu erlassen. Hinweise auf die zutreffenden Belege gehören, wenn die Satzung sie nicht vorschreibt, nicht zu dem notwendigen Inhalt der Jahresrechnung. Solche Belege (Rechnungen, Quittungen, Bücher, Listen und sonstige Schriften) sich vorlegen zu lassen, ist Sache der dem Ausschuß vorbehaltenen Prüfung

und „Abnahme" der Jahresrechnung (§ 345 Abs. 2 Ziff. 2) und freilich auch des Versicherungsamts, soweit es auf Grund seines Aufsichtsrechts eine Prüfung der sachlichen Richtigkeit der Rechnung vornimmt (§ 31). Für diesen Zweck mag es dienlich sein, die Belege in der Jahresrechnung bei den einzelnen Posten anzuführen, aber notwendig ist es nicht, wenn die Satzung es nicht vorschreibt.

Anwendung des § 197 RVO. bei Sachleistungen der Kriegswochenhilfe.

4. Nach Rathenow. Antwort: Nach § 197 RVO. ist der leistungspflichtigen Kasse von den anderen Kassen, denen die Wöchnerin während des letzten Jahres angehört hat, „für die Leistungen aus den §§ 195, 196", d. i. für Wochengeld, Wöchnerinnenheimpflege und Hauspflege der Betrag des Wochengeldes anteilig zu erstatten. Diese Vorschrift gilt nach § 9 der Bek. v. 28. Jan. 1915 bei der Kriegswochenhilfe „auch für alle übrigen Leistungen an Wochenhilfe", also auch für die Beihilfen zur Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden und für das Stillgeld. Immer aber gilt dies nach der Fassung des § 9 der Bekanntmachung nur für die „Leistungen", d. h. für die wirklichen Aufwendungen der Kassen. Werden also statt der baren Beihilfen aus § 3 Ziff. 1 und 3 der Bek. v. 3. Dezember 1914 Sachleistungen gemäß § 4 a. a. O. gewährt, so können nicht die im § 3 vorgesehenen Geldbeträge, sondern nur die der leistungspflichtigen Kasse durch die Sachleistung wirklich erwachsenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Antrag auf Leistungen der Krankenversicherung.

5. Nach Recklinghausen. Antwort: Hat der Armenverband auf Grund der §§ 1531 ff. RVO. Anspruch auf Ersatz aus den Leistungen der Krankenkasse erhoben, so kommt das allerdings einem „Antrag" gleich, aber doch eben nur einem Antrag auf Gewährung der Leistungen, soweit sie der Armenverband für sich beansprucht. Bleibt darüber hinaus ein Rest, den der Versicherte selbst für sich zu beanspruchen hat, so muß er selbst den Antrag auf Feststellung (Gewährung) dieser Leistungen stellen (§ 1545) und diese Feststellung nötigenfalls nach §§ 1636 ff. betreiben, um die Verjährung nach § 223 zu vermeiden.

Operation eines Blinden auf Kosten der Kasse.

6. Nach Steglitz. Frage: Bei unserer Kasse werden die in einer Blindenanstalt befindlichen und dort tätigen Blinden angemeldet. So ist z. B. ein 23jähriger Seiler mit einem Wochenverdienst von 7,20 M. seit 1. Januar 1914 gemeldet. Schon vor der Anmeldung bestand eine Verwachsung der Lider; dieses Leiden war maßgebend für die Beschäftigung des Blinden in der Anstalt. Es liegt uns ein Attest eines Augenarztes mit folgendem Inhalt vor: „Bei dem Kassenmitglied N. N. besteht die Verwachsung der Lider schon seit einigen Jahren. Da Projektion und Lichtschein vorhanden ist, erscheint eine Operation berechtigt. Ob durch dieselbe dem Patienten die Sehkraft wiedergegeben werden wird, läßt sich nicht mit Bestimmtheit angeben." Bei der Kasse ist der Antrag gestellt worden, die Krankenhauskosten, die infolge der Operation entstehen, zu übernehmen. Es bestehen Zweifel, ob die Kasse verpflichtet ist, in diesem Falle einzutreten. In dem Zustande des Patienten ist seit seiner Zugehörigkeit zur Kasse eine Veränderung, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, nicht eingetreten. Es würde sich darum handeln, durch die Operation das Mitglied überhaupt in viel höherem Grade arbeitsfähig zu machen. Nach unserer Auffassung kann eine Verpflichtung der Kasse zur Uebernahme der Kosten nicht angenommen werden. Wird diese Ansicht geteilt?

Antwort: Es handelt sich allerdings um einen abgeschlossenen, dauernden, aber immerhin doch anormalen Körperzustand, der als Krankheit anzusehen ist, wenn er zum Zwecke der Heilung oder der Wiederherstellung der normalen Arbeitsfähigkeit einen Akt der Krankenpflege erforderlich macht. Für die Leistungspflicht der Kasse nach § 182 RVO. ist es ohne Belang, daß dieser Krankheitszustand schon beim Eintritt in das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis bestanden hat und daß die Möglichkeit einer Heilung erst nachträglich festgestellt worden ist. Durch diese Möglichkeit halten wir die Notwendigkeit der Operation für ausreichend begründet. Der Arzt erachtet sie nach den Umständen für „berechtigt", wenn auch die Wiederherstellung der Sehkraft „nicht mit Bestimmtheit" in Aussicht genommen werden kann. Eine völlige Sicherheit des Erfolges eines Heilverfahrens wird nur in seltenen Fällen behauptet werden können. Es muß genügen, daß nicht etwa eine ganz entfernte Möglichkeit, sondern nach pflichtmäßigem Ermessen des Arztes eine solche vorliegt, welche die Heilmaßnahme als berechtigt erscheinen läßt. Wir halten daher die Kasse zur Uebernahme der Kosten für verpflichtet.

Kassenangestellte als gemeindliche Beamte; Erwerb der Rechte.

7. M. M. 100. Antwort: Was es heißen soll, daß der Sekretär am 1. April 1913 mit Anrecht auf Ruhegehalt „unter Vorbehalt" angestellt worden sei, und ob danach, weil das Oberversicherungsamt die Genehmigung nicht erteilt habe, das Anrecht auf Ruhegehalt im November 1915 mit Recht „zurückgezogen" worden ist, können wir aus Ihren Angaben nicht sicher erkennen. Ist gemeint, daß die Anstellung mit Anrecht auf Ruhegehalt vorbehaltlich der Genehmigung des Oberversicherungsamts erfolgte, so ist sie nach dem Vertrage durch die Versagung dieser Genehmigung ohne weiteres hinfällig geworden, auch wenn es nach dem Gesetz einer solchen Genehmigung gemäß Art. 34, 35 Einf.Ges. zur RVO. nicht bedurft hätte. Wir können übrigens nicht ersehen, inwiefern die Voraussetzungen dieser Artikel nach den preußischen Ministerialerlassen vom 18. Februar und 31. März 1914 (Arb.-Vers. 1914 S. 186, 354) zutreffen sollen. Aber auch wenn die Anstellung mit Anrecht auf Ruhegehalt gültig wäre, so folgt daraus noch nicht, daß dem Sekretär die Rechte und Pflichten eines gemeindlichen Beamten zustehen. Denn die im Erlaß vom 18. Februar 1914 vorgesehene Uebertragung dieser Rechte bedarf, wie sich aus dem Eingange dieses Erlasses ergibt, in jedem einzelnen Falle der Ausführung durch das Oberversicherungsamt, und der Beamte erwirbt jene Rechte nicht vor der Aushändigung einer entsprechenden Anstellungsurkunde (zu vgl. Arb.-Vers. 1915 S. 165 Ziff. 3, S. 501 Ziff. 2). Daher ist für die Ansprüche des Sekretärs für die Zeit seiner Dienstbehinderung infolge der Einziehung

zum Kriegsdienst lediglich der § 626 BGB. maßgebend. Zu vgl. hierüber Arb.-Vers. 1914 S. 564, auch Schreiben des Reichskanzlers vom 6. August 1914 daselbst S. 700.

Durchschnittlicher Tagesentgelt der Sonntagsarbeiter. — Untersuchungs- und Besuchsgebühr eines Augenarztes, insbesondere bei Behandlung in der eigenen Klinik.

8. Nach Schwelm. Antwort: a) Wenn versicherungspflichtige Personen, die Sonntags nicht zu arbeiten haben, neben monatlichem Barlohn freie Kost und Wohnung erhalten, so ist selbstverständlich der volle Wert dieser Sachleistungen also ohne Abrechnung des auf die Sonntage entfallenden Teils, dem Barlohn hinzuzurechnen und der Gesamtbetrag durch 25 zu teilen, um den durchschnittlichen Tagesentgelt zu ermitteln.

b) Bei Arbeitern, die auch Sonntags beschäftigt werden, ist der Wochenlohn durch 7 zu teilen, auch wenn sie an Wochentagen 10 und Sonntags nur 3 Stunden arbeiten.

c) Besteht die besondere Verrichtung des Arztes nur in einer Untersuchung der Sehkraft, so kann dafür neben der Gebühr von 3 M. aus Ziff. 118 der preuß. Geb.Ord. für Aerzte eine Besuchs- oder Beratungsgebühr nach Ziff. 5 nur dann beansprucht werden, wenn eine besonders eingehende Untersuchung unter Anwendung des Augenspiegels stattfindet. — Inwieweit durch den Pflegesatz auch die Verrichtungen des Arztes abgegolten werden, richtet sich nach den getroffenen Vereinbarungen. Es ist kaum anzunehmen, daß durch den „Pflegesatz" von 2,50 M. für den Tag mehr als die „Pflege" in der Klinik des Augenarztes abgegolten sein soll. Alsdann kann er für die Behandlung der Kranken in der Klinik die gleichen Gebühren beanspruchen wie bei Behandlung von Kranken außerhalb der Klinik.

Erneuerung eines rechtskräftig abgelehnten Antrags auf Befreiung nach § 418 RVO.

9. Nach Stolp. Antwort: Wenn der Antrag eines Arbeitgebers auf Befreiung seiner Beschäftigten nach § 418 RVO. abgelehnt ist, so steht die Rechtskraft dieser Entscheidung einer Erneuerung des Antrags selbstverständlich nur solange entgegen, wie der Tatbestand, welcher der Entscheidung zu Grunde lag, unverändert ist. Ist der Mangel einer Voraussetzung, worauf die Ablehnung beruhte, nachträglich beseitigt, so kann der Antrag erneuert werden.

Aerztliche Gebühr bei Entbindungen.

10. Nach Braunsberg. Frage: In Ziffer 140 und 142 der preußischen ärztlichen Gebührenordnung ist die Entschädigungsfrage für den Beistand des Arztes bei einer natürlichen Entbindung geregelt. Tritt nach der Geburt eine Blutung ein, die das Eingreifen bzw. die Behandlung durch den Arzt notwendig macht, so kommt Ziffer 149 in Betracht. Der Wortlaut der Ziffer 149, „Behandlung einer Blutung nach der Geburt ohne Entbindung", gibt hier zu Zweifeln Anlaß. Die Aerzte sind der Meinung, daß für die Behandlung einer Blutung nach der Geburt die Gebühr nach Ziff. 149 zu erheben ist nicht nur dann, wenn die Handlung eine selbständige Verrichtung ist, indem der Arzt erst nach vollendeter Entbindung eintrifft, sondern auch, wenn der Arzt die Entbindung geleitet hat. Der Kassenvorstand ist gegenteiliger Ansicht. Er legt die Bestimmung so aus: Wenn der Arzt die Entbindung geleitet hat und während seiner Anwesenheit nach der Geburt eine Blutung eintritt, er für letztere Behandlung keine Gebühr (Ziff. 149) zu verlangen hat, sondern diese schon mit der Entschädigung für die Entbindung abgegolten ist.

Antwort: Man wird trotz des Wortlautes der Ziffer 149 die Ansicht der Aerzte billigen müssen. Denn nach derjenigen der Kasse könnte der Arzt, der die Entbindung ausführt und außerdem die Blutung behandelt, höchstens 40 M. fordern — wozu nur die Gebühr aus Ziffer 143 käme —, dagegen derjenige, der nur die Blutung behandelt, also weniger leistet, bis 100 M. Das wäre widersinnig.

Anspruch des Erben auf Kranken- und Sterbegeld.

11. Nach Hoyerswerda. Antwort: Ansprüche des Erben eines gegen Krankheit Versicherten auf rückständiges Krankengeld und auf Sterbegeld sind nicht nach § 405 RVO., sondern nach §§ 1536 ff. im Spruchverfahren zu erledigen, wie überhaupt Streitigkeiten über die Kassenleistungen. (Vgl. Hahn, Handb. d. Kr.Vers., Anm. 2a zu § 405 S. 678.)

Aufnahme eines nicht angemeldeten Versicherungspflichtigen ins Krankenhaus auf Veranlassung des Arbeitgebers.

12. Nach Thorn. Antwort: Da die Krankenkasse nicht den Auftrag zur Aufnahme des bei ihr garnicht angemeldeten Versicherungspflichtigen in das Krankenhaus gegeben hat, ist sie keinesfalls ohne weiteres zur Tragung der Pflegekosten, sondern nur zur Gewährung der Leistungen aus § 182 RVO. verpflichtet, auf die der Versicherte Anspruch hat, obwohl er nicht angemeldet war. Hat der Arbeitgeber einen eigentlichen Auftrag zur Aufnahme und Krankenhauspflege des Versicherten gegeben, so mag sich die Krankenhausverwaltung an ihn halten. Ist dagegen der Kranke als Hilfsbedürftiger im Wege der Armenpflege, wenngleich nur auf Veranlassung (Anregung) des Arbeitgebers in das Krankenhaus aufgenommen worden, so kann der Armenverband von der Krankenkasse Ersatz nach näherer Vorschrift der §§ 1531 ff. RVO. fordern.

Versicherungsgrenze des Verdienstes bei mehreren Beschäftigungsverhältnissen.

13. Nach Lübbecke. Antwort: Uebt jemand mehrere Beschäftigungen aus, so ist bei der Prüfung seiner Kranken- und seiner Invalidenversicherungspflicht der Verdienst aus ihnen allen zusammenzuzählen. Uebersteigt er insgesamt 2500 Mark jährlich, so besteht keine Kranken-, und übersteigt er 2000, keine Invalidenversicherungspflicht, vorausgesetzt, daß es sich um einen Angestellten der in §§ 165 Ziff. 2—5, 1226 Ziff. 2—5 erwähnten Art oder Schiffer handelt.

Berechnung der Unterstützungsdauer, wenn zeitweise nur Heilmittel gewährt werden.

14. Nach R. Antwort: Schon die Notwendigkeit dauernder Anwendung von Heilmitteln bedingt die Andauer desselben Versicherungsfalles. Für die Annahme eines einzigen Versicherungsfalles ist also nicht gerade auch andauernde ärztliche Behandlung — oder Arbeitsunfähigkeit — er-

forderlich (vgl. Hahn, Handb. d. Kr.Vers., Anmerkung 2 zu § 182 und Anm. 2 zu § 188). In dem geschilderten Fall endet die Unterstützungsdauer mit dem 30. Mai 1914 — nicht dem 29.; denn sie beträgt 183, nicht 182 Tage (vgl. Hahn, Handb. d. Kr.Vers., Anm. 2e zu § 183). Zur Anwendung kommt noch das Recht des Krankenversicherungsgesetzes.

a) Auskunft der Kasse über das Einkommen ihrer Aerzte. b) Beitragspflicht, wenn die Anmeldung eines Versicherungspflichtigen erst mit der Abmeldung erfolgt. c) Versicherungspflicht eines Selbständigen, der zugleich Angestellter ist. d) Kosten eines Bruchbandes bei eintretendem Kassenwechsel.

15. M. 100. Antwort: a) Wenn das badische Einkommensteuergesetz die natürlichen und juristischen Personen verpflichtet, alljährlich ein Verzeichnis ihrer gegen Entgelt beschäftigten „Hilfspersonen" mit Angabe der Gehaltsbezüge usw. einzureichen, so nehmen wir nicht an, daß die für die Krankenkasse tätigen Aerzte hierzu gehören, wenngleich sie in einem Arbeitsverhältnis zur Kasse stehen, das sie zu fortlaufenden Dienstleistungen verpflichtet. Denn als „Hilfsperson" kann nur derjenige angesehen werden, der, in Abhängigkeit von einem anderen, diesen in der Erfüllung seines Berufes oder seiner sonstigen Aufgaben unterstützt. Zu den Aufgaben der Kasse gehört aber nicht die Leistung, sondern nur die Bereitstellung der ärztlichen Behandlung. Wenn die Aerzte die Behandlung der Versicherten übernehmen, so üben sie dadurch nur ihren selbständigen, freien Beruf aus und können nicht als Gehilfen der Kasse angesehen werden. Entsprechend verhält es sich mit den Apothekern. Die Kasse hat also keine Auskunfts*pflicht*; aber der freiwilligen Auskunfterteilung steht eine gesetzliche Vorschrift nicht entgegen.

b) Die Beitragspflicht für Versicherungspflichtige beginnt mit dem Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung, auch wenn keine Anmeldung erfolgt ist, aber sie endet nach § 397 RVO. erst mit der Abmeldung. Daraus folgt, daß § 397 auch zur Anwendung zu bringen ist, wenn die Anmeldung erst bei der Abmeldung erfolgt. Dies entspricht der herrschenden Rechtsprechung nach dem Krankenversicherungsgesetz; nach der Reichsversicherungsordnung kann nichts anderes gelten, aber neuere Entscheidungen liegen, soweit uns bekannt, noch nicht vor.

c) Wenn ein selbständiger Kaufmann, der etwa 3000 M. Einkommen versteuert, seit Monaten im Kommunaldienst beschäftigt ist und bei achtstündiger Arbeitszeit monatlich 200 M. Gehalt empfängt, so erscheint diese Beschäftigung, trotz des geringeren Einkommens aus ihr, so sehr von überwiegender Bedeutung für die gesamte Lebensstellung des Beschäftigten, daß man sie wohl für seinen Hauptberuf ansehen muß. Wir nehmen Versicherungspflicht an. Zu vgl. Arb.-Vers. 1915 S. 514, 1916 S. 119 Ziff. 3.

d) Der Versicherungsfall ist eingetreten, als der Versicherte noch der Ortskrankenkasse angehörte, und auch die Verordnung des Bruchbandes fällt noch in diese Zeit. Die Kasse muß also die Kosten der Anschaffung tragen. Die Abholung des Bruchbandes erfolgte aber erst, nachdem der Versicherte Mitglied einer Betriebskrankenkasse geworden war. Auf diese ist damit die weitere Leistungspflicht übergegangen (§ 212). Daraus folgt, daß die Leistungspflicht der Ortskrankenkasse endete und daß sie das Bruchband zurückfordern kann (Hahn in Arb.-Vers. 1892 S. 497), so daß die Betriebskrankenkasse ein neues gewähren müßte. Auf dieser Grundlage wird sich daher eine Verständigung der beiden Kassen über anteilige Tragung der Kosten empfehlen.

Kann ein Versicherter seine Zustimmung zur Krankenhauspflege widerrufen?

16. Nach H. i. W. Antwort: Wenn die Ansicht des Oberversicherungsamts Düsseldorf (Arb.-Vers. S. 156) anerkannt wird, so kann die Kasse nichts dagegen tun, daß der Kranke die Zustimmung, die er zur Behandlung im Krankenhaus gegeben hat, widerruft und dieses eigenmächtig verläßt. Demgegenüber wäre eine Satzungsbestimmung des Inhalts, daß das eigenmächtige Verlassen des Krankenhauses jeden Anspruch auf Krankenpflege beseitige, wirkungslos. Wir stehen aber auf dem Standpunkt, daß die einmal erteilte Zustimmung nur dann widerrufen werden könne, wenn aus besonderen Gründen das weitere Verbleiben im Krankenhause dem Kranken nicht zugemutet werden kann. (Ebenso Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 5b Seite 284 unten.)

Wochenhilfe nach vorangegangener Krankheit.

17. Nach F. Frage: Die Wöchnerin Sch. erhebt Anspruch auf Wochenhilfe. Der Ehemann leistet keine Kriegsdienste. Die Wöchnerin war bei der Krankenkasse vom 22. September 1914 bis 16. Dezember 1915 versichert. Vom 5. Dezember 1915 bis 21. Dezember 1915 stand sie wegen Erkrankung an Brochitis in ärztlicher Behandlung und war vom 5. bis 17. Dezember 1915 erwerbsunfähig. Am 4. Februar 1916 wurde sie von einem Knaben entbunden und beansprucht nun Wochenhilfe nach § 195 RVO. Die Kasse verweigerte diese, und verwies auf § 214 RVO. Die Wöchnerin hält ihren Antrag aufrecht und stützt sich auf folgendes ärztliches Zeugnis: „Frau M. Sch. war bei ihrer Entlassung aus der ärztlichen Behandlung am 21. Dezember 1915 noch nicht so weit genesen, daß sie schwere Arbeit leisten konnte. Sie war lediglich im Stande ihre häuslichen Arbeiten zu verrichten." Ist nun die Krankenkasse auf Grund dieses Zeugnisses verpflichtet, die Wochenhilfe zu gewähren?

Antwort: Wenn die Wöchnerin infolge ihrer Krankheit noch bis 4. Februar 1916 arbeitsunfähig war, so war sie nach § 311 RVO. auch noch Mitglied und hätte Wochenhilfe gemäß § 195 RVO. und demnach auch gemäß § 8 Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 zu beanspruchen. Endete die Arbeitsunfähigkeit schon früher, erfolgte aber die Entbindung noch innerhalb der dreiwöchigen Frist nach Aufhören der Arbeitsunfähigkeit (§ 214 RVO.) so würde gleichfalls ein Anspruch aus § 195 RVO. und somit auch auf Kriegswochenhilfe bestehen. Das angeführte ärztliche Zeugnis läßt sich nicht darüber aus, wie lange die Arbeitsunfähigkeit andauerte, ist daher nicht geeignet, den Anspruch zu begründen.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1134 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. April 1916 | Heft 12

Wann ist in Invaliden- und Hinterbliebenenversicherungssachen mündliche Verhandlung erforderlich?

Von Landesrat Seelmann, Oldenburg i. Gr.

Nach § 1618 RVO. wird in Invaliden- und Hinterbliebenenversicherungssachen grundsätzlich in allen Fällen nach Abschluß der Erhebungen durch den Vorsitzenden des Versicherungsamts die Sache vor dem Versicherungsamt unter Zuziehung von je einem Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten in mündlicher Verhandlung erörtert. Diese Regel ist aber durch Ausnahmen so durchbrochen, daß die mündliche Verhandlung in Wirklichkeit die Ausnahme bildet. Im Einzelnen bestehen mancherlei Zweifel darüber, ob mündliche Verhandlung erforderlich ist oder nicht.

I. Anträge auf Gewährung von Renten, Witwengeld und Waisenaussteuer.

§ 1624 RVO. führt Fälle auf, in denen mündliche Verhandlung nicht stattfindet und verordnet weiter, daß die VAO.*) noch andere Fälle bestimmen kann. Das ist in § 88 VAO. geschehen. Wenn das Gesetz bestimmt, daß mündliche Verhandlung nicht stattfindet, so bedeutet das, daß die Versicherungsämter nicht verpflichtet sind, in diesen Fällen Termine zur mündlichen Verhandlung anzusetzen, weiter aber wohl auch, daß sie nicht dazu berechtigt sind. Jedenfalls kann die Versicherungsanstalt, abweichend von dem früheren Rechte (§ 59 Abs. 2 JVG.), nicht verlangen, daß die Versicherungsämter in denjenigen Fällen Termine zur mündlichen Verhandlung abhalten, in denen nach dem Gesetze mündliche Verhandlung nicht stattfindet.

1. Nach § 1624 RVO. findet mündliche Verhandlung zunächst dann nicht statt, wenn es sich handelt um Altersrente, Witwengeld, Waisenaussteuer und Kapitalabfindung. Einschränkungen macht das Gesetz nicht. Diese Fälle werden also stets allein vom Vorsitzenden des Versicherungsamts begutachtet, mag dieser nun den Antrag für begründet oder aus irgend einem Grunde für unbegründet halten. Hierbei verbleibt es endgültig, wenn die Versicherungsanstalt dem Gutachten des Vorsitzenden beitritt, mündliche Verhandlung findet also in diesen Fällen auch dann nicht statt, wenn der Antrag abgelehnt werden muß. Hat sich aber der Vorsitzende des Versicherungsamts für Gewährung einer Rente ausgesprochen und will der Versicherungsträger diesem Gutachten nicht beitreten, so ist die Sache nach § 1632 RVO. zur Erörterung und Begutachtung in mündlicher Verhandlung an das Versicherungsamt zurückzugeben, wenn es sich um die Versicherungspflicht, die Versicherungsberechtigung oder die Invalidität handelt. Das gilt also auch für Anträge auf Alters-

*) VAO. = Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter, vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1107 ff.).

rente und Waisenrente (Düttmann, Kommentar Bd. I S. 373; Appelius-Düttmann-Seelmann, Verfahren vor den Versicherungsbehörden S. 71). Da aber § 1632 RVO. nur von Renten spricht, gilt dieser Grundsatz nicht, wenn es sich um Witwengeld und Waisenaussteuer handelt. In diesen Fällen ist also mündliche Verhandlung überhaupt ausgeschlossen.

2. Nach § 88 VAO. findet mündliche Verhandlung ferner nicht statt, **wenn es sich lediglich um den Beginn oder die Höhe der Rente** (Invaliden-, Witwen-, Zusatzrenten) handelt. Um den Beginn der Rente handelt es sich, wenn die Rente nach Ansicht des Versicherungsamts oder des Versicherungsträgers von einem späteren Zeitpunkt an zu gewähren ist, als der Versicherte es beantragt hat. Meinungsverschiedenheiten können entstehen darüber, wann die Invalidität eingetreten ist, von welchem Zeitpunkt an sie als dauernd angesehen werden muß, ob die Krankenrente nach § 1255 Abs. 3 RVO. schon von einem früheren Zeitpunkt als von Beginn der 27. Woche an zu gewähren ist, ob die Rente nach § 1253 RVO. für länger als ein Jahr rückwärts beansprucht werden kann, bei den Witwenrenten, welcher Tag als Todestag eines Verschollenen gilt, ob die Rente bei einem wiederholten Rentenantrage frühestens von dem Tage der letzten rechtskräftigen Anspruchsabweisung bewilligt werden kann. (RVA. 23. Dez. 1912, Amtl. Nachr. 1912, S. 1184 Z. 1651, Archiv für Reichsversicherung 1912, S. 244 Z. 476). Um den Beginn der Rente handelt es sich ferner dann, wenn die Rente nach § 1522 RVO. nicht vom Eintritt der Invalidität, sondern von einem späteren Zeitpunkt an bewilligt werden soll, weil bis zu diesem Zeitpunkt die Invalidität als Unfallfolge anzusehen war und eine höhere Unfallrente gewährt wurde. Schließlich handelt es sich um den Beginn der Rente auch dann, wenn die Gewährung der Invaliden- oder Witwenrente beantragt ist, nach Ansicht des Versicherungsamts oder der Landesversicherungsanstalt aber nur Kranken- oder Witwenkrankenrente gewährt werden kann. Denn der Unterschied zwischen den Invaliden- und Krankenrenten besteht lediglich darin, daß die Krankenrente von einem späteren Zeitpunkt beginnt als die Invalidenrente und daß diese unter Umständen etwas niedriger ist als die Krankenrente, weil bei ihr die letzten Krankenwochen nicht angerechnet werden können. Im übrigen handelt es sich um wesensgleiche Renten, was auch dadurch zum Ausdruck kommt, daß die Landesversicherungsanstalt die Umwandlung der Krankenrente in Invalidenrente ohne Antrag des Rentenempfängers vornehmen kann und muß und andererseits der Rentenempfänger kein Recht hat, die Umwandlung der Krankenrente in die Invalidenrente zu beantragen (Amtl. Nachr. 1909 S. 424 Z. 1372). Uebrigens bezeichnet § 1255 Abs. 3 die Krankenrenten als Invalidenrenten. Man kann nicht etwa sagen, daß es sich in diesen Fällen um die Frage der Invalidität handelt. Denn der Begriff der Invalidität ist nach § 1255 Abs. 2 RVO. bei der Krankenrente der gleiche wie bei der Invalidenrente. Ob die Invalidität dauernd oder vorübergehend ist, ist eine selbständige Frage (§ 1255 Abs. 1 und 3). Wenn also der Versicherte Invalidenrente beantragt hat und Krankenrente erhalten soll, so handelt es sich nicht um die Frage der Invalidität; diese wird vielmehr anerkannt. Meinungsverschiedenheiten bestehen nur darüber, ob diese Invalidität als dauernd anzusehen ist, d. h. von welchem Zeitpunkt die Rente beginnt, und bezüglich dieser Frage ist die mündliche Verhandlung ausgeschlossen (Amtl. Nachr. 1912 S. 939 Z. 1638, Archiv 1912 S. 225 Z. 433). Dies gilt aber, nicht nur im letzteren Falle, sondern auch in allen früheren, nur dann, wenn es sich wirklich nur um den „Beginn der Rente" handelt, d. h. wenn feststeht, daß die Rente zu gewähren ist, und nur Meinungsverschiedenheiten darüber obwalten, von welchem Zeitpunkt sie beginnt. Wenn also der Versicherte Invalidenrente beantragt hat, Versicherungsamt oder Versicherungsanstalt aber der Ansicht sind, daß nur vorübergehende Invalidität vorliegt und weiter meinen, daß die Krankenrente nicht zu

gewähren ist, weil die 26 Wochen des § 1255 Abs. 3 RVO. noch nicht abgelaufen sind, so handelt es sich nicht um die Frage des Beginns der Rente, sondern darüber, ob der Anspruch auf Rente überhaupt zurzeit besteht. In diesen Fällen ist also mündliche Verhandlung erforderlich. Und ebenso liegt die Sache dann, wenn aus anderen Gründen von der Feststellung des Beginns der Invalidität der Anspruch auf Rente überhaupt abhängt. Wenn z. B. der Beginn der Invalidität auf einen so frühen Zeitpunkt verlegt wird, daß die Wartezeit nicht erfüllt ist, weil hiernach ein Teil der verwendeten Marken nicht gültig oder ein Teil der Ersatztatsachen nicht anrechnungsfähig ist, so handelt es sich nicht um den Beginn der Rente, sondern darum, ob die Rente überhaupt zu bewilligen ist. In derartigen Fällen ist die mündliche Verhandlung nicht ausgeschlossen. Denn wenn Marken für ungültig erklärt werden, so kommt es darauf an, ob während der fraglichen Zeit Versicherungspflicht oder die Berechtigung zur freiwilligen Versicherung vorgelegen hat. Und dasselbe muß auch dann gelten, wenn Ersatztatsachen nicht angerechnet werden sollen, da die Ersatztatsachen an die Stelle der Marken treten.

Auch die Höhe der Renten kann von verschiedenen Umständen abhängen. Es kommt dabei nicht lediglich auf Meinungsverschiedenheiten über die Berechnung der Rente an, sondern auch darauf, ob Kinderzuschüsse zu gewähren sind, denn die Kinderzuschüsse sind nur ein Teil der Rente, es handelt sich bei der Frage der Kinderzuschüsse also lediglich um die Höhe der Rente (RVA., 23. Okt. 1912, AN. 1912, S. 1183 Z. 1650, Archiv 1913 S. 16 Z. 548). Das gleiche gilt, wenn Meinungsverschiedenheiten darüber bestehen, ob Ersatztatsachen angerechnet werden können, denn auch hier ist der eigentliche Streitgegenstand die Höhe der Rente (RVA. 23. 10. 12 Amtl. Nachrichten 1912 S. 1183 Z. 1650, Archiv 1913 S. 16 Z. 548). Das gleiche muß ferner auch dann gelten, wenn Versicherungsamt oder Landesversicherung nicht alle Marken anrechnen wollen, z. B. wenn mehr Marken vorhanden sind, als kalendermäßig verwendet werden konnten, oder wenn noch nach Eintritt der Invalidität Beiträge entrichtet sind. Denn die Frage der Versicherungspflicht tritt hier in den Hintergrund; der Streit dreht sich um die Höhe der Rente.

3. Nach § 88 VAO. findet mündliche Verhandlung ferner nicht statt, wenn es sich um die Erfüllung der Wartezeit handelt, es sei denn, daß die Entscheidung von der Feststellung der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung oder des Beginns der Invalidität abhängt. Wird also, obwohl die genügende Anzahl der Marken geleistet ist, der Rentenanspruch nicht anerkannt, weil ein Teil der Marken wegen Nichtvorhandensein von Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung oder deshalb für ungültig erklärt, weil die Invalidität vor Erfüllung der Wartezeit eingetreten ist, so wird der Anspruch zwar wegen Nichterfüllung der Wartezeit abgewiesen, es ist aber vorher mündliche Verhandlung erforderlich, weil es sich eben um Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung oder den Beginn der Invalidität handelt.

Um die Erfüllung der Wartezeit handelt es sich nicht nur dann, wenn nicht die genügende Anzahl von Marken oder Ersatztatsachen vorhanden ist, sondern auch dann, wenn der Rentenanspruch abgelehnt werden soll, weil nicht die 100 Beiträge des § 1279 RVO geleistet sind. Mündliche Verhandlung ist hier also nicht erforderlich. Dasselbe gilt auch dann, wenn die Anwartschaft erloschen ist, denn auch hier handelt es sich um die Frage, ob die Wartezeit erfüllt ist.

4. Nach § 1624 RVO. findet ferner mündliche Verhandlung dann nicht statt, wenn der Versicherungsträger und der Berechtigte einig sind. Dazu bestimmt § 89 VAO., daß, wenn der Vorsitzende des Versicherungsamts zu der Ansicht kommt, daß der erhobene Anspruch begründet ist, er zunächst von einer mündlichen Verhandlung abzusehen und die Akten mit seinem Guthaben an die Versicherungsanstalt zur Aeußerung zu übersenden habe, ob sie den Anspruch anerkennt

und sich mit dem Berechtigten einigt. Da mündliche Verhandlung schon ohnehin ausgeschlossen ist, wenn es sich um Altersrente, Waisenrente, Witwengeld, Waisenaussteuer, Beginn und Höhe der Rente handelt, kommt hier in der Hauptsache der Fall in Betracht, daß die Rente nicht fortlaufend, sondern nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt zu gewähren ist, weil von diesem Zeitpunkt an Invalidität nicht mehr besteht. Hat also der Versicherte die Gewährung der Rente nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt beantragt, so fragt das Versicherungsamt bei dem Versicherungsträger an, ob er den erhobenen Anspruch anerkennt. Ist dies der Fall, so wird der Bescheid ohne Weiteres erlassen. Hat dagegen der Antragsteller die Rente fortlaufend beantragt, und ist das Versicherungsamt der Ansicht, daß die Rente nur bis zu einem bereits abgelaufenen Zeitpunkt zu bewilligen ist, so muß mündliche Verhandlung stattfinden, wenn nicht etwa der Antragsteller seinen Anspruch nachträglich einschränkt. Hat dagegen sich der Vorsitzende des Versicherungsamts entsprechend dem Antrage des Versicherten dahin ausgesprochen, daß der Anspruch auf fortlaufende Zahlung der Rente begründet ist, und will die Versicherungsanstalt diesem Gutachten nicht beitreten, weil ihrer Ansicht nach die Invalidität bereits beseitigt ist (etwa nach Durchführung des Heilverfahrens), so muß sie die Sache zur mündlichen Verhandlung an das Versicherungsamt zurückgeben. Auch hier kann der Versicherte seinen Antrag nachträglich einschränken.

Das Bayerische Landesversicherungsamt hat in einer Entscheidung vom 1. Januar 1914 (Archiv 1915 S. 101 Z. 1684) angenommen, daß in solchen Fällen mündliche Verhandlnug deshalb erforderlich sei, weil die Festsetzung einer Rente nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt begrifflich eine Entziehung der Rente in sich schließe. Das ist m. E. ein Irrtum, denn eine Entziehung der Rente kann nur dann eintreten, wenn diese vorher bewilligt war. Es findet daher in den Fällen der gedachten Art auch die Bestimmung des § 1308 RVO. über die Zahlung der Rente bis zum Ablauf des auf die Zustellung folgenden Monats keine Anwendung. Die mündliche Verhandlung ist aber deshalb erforderlich, weil Versicherungsträger und Rentenberechtigter nicht einig sind und auch sonst die mündliche Verhandlung durch keine Bestimmung ausgeschlossen ist, sodaß die Regel des § 1618 RVO. Anwendung finden muß.

Fälle, in denen Versicherungsträger und Antragsteller einig sind, würden ferner dann vorliegen, wenn dieser anerkennt, daß er keinen Anspruch auf Rente hat. In der Praxis scheiden solche Fälle aus, weil der Antragsteller seinen Rentenantrag zurücknehmen wird.

5. Mündliche Verhandlung findet ferner nicht statt, wenn es sich um das Ruhen der Rente handelt (§§ 1311—1315, 1318 RVO.). Dies wird im § 1626 Abs. 3 RVO. bestimmt. Zwar gilt dies nach der Stellung dieser Bestimmung im Gesetz zunächst für den Fall, daß die Rente bereits bewilligt ist und dann eingestellt werden soll, es kann aber wohl nicht zweifelhaft sein, daß das gleiche auch dann zu gelten hat, wenn bereits bei Geltendmachung des Anspruchs diejenigen Tatsachen, die das Ruhen der Rente bedingen, vorliegen, die Rente also von vornherein für ruhend zu erklären ist.

6. In allen Fällen, in denen diese Ausnahmen nicht Platz greifen, muß mündliche Verhandlung stattfinden, insbesondere also dann, wenn es sich um die Versicherungspflicht, die Versicherungsberechtigung oder das Vorliegen der Invalidität handelt. Hat in solchen Fällen der Vorsitzende des Versicherungsamts sein Gutachten für Bewilligung der Rente abgegeben und will der Versicherungsträger dem nicht zustimmen, so muß er die Sache nach § 1632 RVO. zur mündlichen Verhandlung an das Versicherungsamt zurückgeben. Mündliche Verhandlung hat weiter stattzufinden, wenn der Antrag auf Invaliden- oder Witwenrente auf Grund des § 1522 RVO., d. h. wenn die Invalidität Unfallfolge ist, abgewiesen werden soll, oder

wenn der Anspruch auf Witwenrente nach Artikel 71 Einf.Ges. RVO. (Eintritt der Invalidität oder des Todes des Mannes vor dem 1. Januar 1912) für unbegründet erachtet wird. Hat sich der Vorsitzende des Versicherungsamts in solchen Fällen für Bewilligung der Rente ausgesprochen, so hat der Versicherungsträger die nach § 89 VAO. an ihn gerichtete Anfrage des Vorsitzenden des Versicherungsamts dahin zu beantworten, daß er den Anspruch nicht anerkenne; der Vorsitzende des Versicherungsamts muß dann Termin zur mündlichen Verhandlung ansetzen.

Mündliche Verhandlung muß stattfinden, wenn die Invaliden- oder Witwenrente auf Grund des § 1254 RVO. ganz oder teilweise versagt werden soll (vorsätzliche oder schuldhafte Herbeiführung der Invalidität) oder wenn die Landesversicherungsanstalt die Invaliden- oder Witwenrente gemäß § 1272 RVO. auf Zeit ganz oder teilweise versagen will, weil der Erkrankte sich ohne gesetzliche oder sonst triftige Gründe einem Heilverfahren entzogen hat. In beiden Fällen ist mündliche Verhandlung nicht erforderlich, wenn der Erkrankte damit einverstanden ist, daß die Rente teilweise versagt wird, denn dann sind beide Parteien einig (§ 1624 RVO.). Das gleiche gilt auch dann, wenn die Invaliden- oder Witwenrente für die Dauer eines Heilverfahrens ganz oder teilweise versagt werden soll (§ 1271 RVO.).

Anträge auf Erteilung eines Anwartschaftsbescheides sind ebenso zu beurteilen wie Anträge auf Gewährung der Witwenrente.

II. Bei der Entziehung und Einstellung der Rente nach § 1626 RVO. gilt § 1624, der die Fälle aufzählt, in denen mündliche Verhandlung nicht stattfindet, entsprechend, wenn eine Invaliden-, Hinterbliebenen- oder Zusatzrente entzogen oder eine Rente eingestellt werden soll, außerdem findet nach § 1626 Abs. 3 RVO. mündliche Verhandlung nicht statt, wenn es sich um das Ruhen der Rente handelt. (§§ 1311—1315, 1318 RVO.). Weiter bestimmt § 93 VAO., daß eine mündliche Verhandlung nicht stattfindet, wenn

a) der Rentenempfänger ausdrücklich erklärt hat, keinen Anspruch auf Weitergewährung der Rente zu haben und der Akteninhalt diese Erklärung rechtfertigt,

b) lediglich der Zeitpunkt des Wegfalls der Rente in Frage steht,

c) die Rentenzahlung infolge des Nachweises eingestellt werden soll, daß ein Versicherter, der als verschollen gilt, noch lebt.

Hiernach ergibt sich im Einzelnen folgendes:

1. Wenn die Zahlung einer Altersrente oder Waisenrente aus irgend einem Grunde eingestellt werden soll, z. B. Bewilligung der höheren Invalidenrente anstelle der Altersrente, Wegfall der Waisenrente nach § 1522 RVO. wegen Bewilligung der höheren Unfallwaisenrente, Ruhen der Rente nach §§1311—1315 RVO., Wegfall der Bedürftigkeit nach § 1307 RVO. usw. so findet nach § 1624, 1626, RVO. mündliche Verhandlung nicht statt.

2. Soll eine Invalidenrente oder Witwenrente nach § 1304 RVO. entzogen werden, weil Invalidität nicht mehr vorliegt, so ist mündliche Verhandlung erforderlich, es sei denn, daß der Rentenempfänger ausdrücklich erklärt, keinen Anspruch auf Weitergewährung der Rente zu haben und der Akteninhalt nach Ansicht des Versicherungsamts diese Erklärung rechtfertigt (§ 93 Nr. 1 VAO.).

3. Soll eine Witwenrente entzogen werden, weil die Bedürftigkeit des Rentenempfängers weggefallen ist (§ 1307 RVO.), so gilt dasselbe wie im Falle 2.

4. Soll die Zahlung einer Witwen- oder Witwerrente eingestellt werden, weil der Nachweis erbracht ist, daß ein Versicherter, der als verschollen gilt, noch lebt, so findet mündliche Verhandlung nach § 93 Nr. 3 VAO. nicht statt.

5. Soll eine Invaliden- oder Witwenrente nach § 1522 RVO. deshalb ganz oder teilweise wegfallen, weil nachträglich eine Unfallrente gewährt ist, so ist mündliche Verhandlung erforderlich, wenn nicht der Empfänger ausdrücklich erklärt hat, daß er keinen Anspruch auf Weitergewährung der Rente oder nur einen Anspruch auf einen Teil der

Rente hat und der Akteninhalt nach Ansicht des Versicherungsamts diese Erklärung rechtfertigt (§§ 1624, 1626 RVO., § 93 Nr. 1, 94 VAO.).

6. Soll eine Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente auf Grund der §§ 1311—1315 RVO. für ruhend erklärt werden, so findet mündliche Verhandlung nach § 1626 Absatz 3 RVO. nicht statt.

7. Soll eine Witwen- oder Witwerrente auf Grund des § 1298 RVO. wegen Wiederverheiratung wegfallen, so gilt dasselbe wie im Falle 2, sofern der Versicherungsträger einen berufungsfähigen Bescheid erteilt.

8. Soll eine Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente nach § 1306 RVO. auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, weil der Rentenempfänger sich einem Heilverfahren entzogen hat ,so gilt dasselbe wie im Falle 5.

III. Vorzeitige Wiederholung von Anträgen. Soll ein Antrag auf Gewährung einer Invaliden- oder Witwenrente wegen vorzeitiger Wiederholung nach § 1635 RVO. vom Versicherungsamt zurückgewiesen werden, so findet mündliche Verhandlung nicht statt, der Vorsitzende ist vielmehr allein zuständig. Das ergibt sich daraus, daß das durch die Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten verstärkte Versicherungsamt bei der Vorbereitung der Rentenanträge nur zu begutachten, nicht zu entscheiden hat. Einer Begutachtung derartiger Anträge durch das Versicherungsamt bedarf es aber in diesen Fällen nicht. Der Zweck des § 1635 RVO. ist gerade, vorzeitig wiederholte Rentenanträge abzulehnen, ohne daß in eine weitere Klarstellung des Sachverhalts eingetreten wird. Zustimmend: Weymann Komm. S. 783, Seelmann Formularbuch für Versicherungsämter S. 124, 125; abweichend ohne Begründung Düttmann, Komm. Bd. I S. 385).

IV. Folgen eines Verstoßes. Ist die mündliche Verhandlung in einem Falle unterblieben, in dem sie nach dem Gesetz hätte stattfinden müssen, so ist dies ein wesentlicher Mangel des Verfahrens, der sowohl das Oberversicherungsamt (§ 1690 RVO.) als auch das Reichsversicherungsamt (§ 1715 RVO.) zur Zurückverweisung der Sache berechtigt. Der wesentliche Mangel des Verfahrens beschwert beide Parteien und kann deshalb auch von der Versicherungsanstalt mit der Revision gerügt werden (RVA. 11. März 1914, Amtl. Nachr. 1914 S. 501 Z. 1835, Archiv 1914 S. 168 Z. 1279). Die Zurückverweisung ist aber nur an die Landesversicherungsanstalt zulässig, nicht auch an das Versicherungsamt, weil dieses keine Vorinstanz ist RVA. 13. Januar 1914, Archiv 1914 S. 102 Z. 1177). Durch die zurückverweisende Entscheidung wird die Versicherungsanstalt gebunden (§ 1715 Abs. 2 RVO.), sie ist also verpflichtet, vor Erlaß des neuen Bescheides die Sache zur mündlichen Verhandlung an das Versicherungsamt zurückzugeben. Teilt das Versicherungsamt die rechtliche Beurteilung der aufhebenden Entscheidung nicht, hält es also mündliche Verhandlung nicht für erforderlich, so ergeben sich Schwierigkeiten. Die Reichsversicherungsordnung enthält keine Bestimmung über die Bindung des Versicherungsamts an die Entscheidung der höheren Instanz, nach § 1715 Abs. 2 RVO. wird vielmehr nur die Stelle, an die überwiesen wird, gebunden, und das ist die Versicherungsanstalt. Lehnt das Versicherungsamt die Vornahme der mündlichen Verhandlung ab, so stellt sich diese Ablehnung als eine Entscheidung nach § 1792 RVO. dar, die mit der Beschwerde an das Oberversicherungsamt angefochten werden kann. Dieses kann die Sache nach § 1796 RVO. an das Versicherungsamt zurückverweisen, welches dann an die rechtliche Beurteilung seitens des Oberversicherungsamts gebunden ist. Gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts würde, wenn dieses sich auf den Standpunkt des Versicherungsamts stellen würde, weitere Beschwerde an das Reichs- oder Landesversicherungsamt zulässig sein (§ 1797 RVO.). Auf diesem Umwege würde also bewirkt, daß auch das Versicherungsamt an die Auffassung der höheren Instanzen gebunden wird.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 3 der **Amtl. Nachr.** vom 15. März 1916.)

I. Unfallversicherung.

Die Rechtsmittelwirkung des § 1608 Abs. 1 RVO. erstreckt sich auch auf das Rekursverfahren. — Auch ein an sich unzulässiger Rekurs gegen den früheren Bescheid hat diese Wirkung gegenüber einem später im Laufe des Rekursverfahrens ergangenen neuen Bescheide. — § 1608 Abs. 1 gilt auch dann, wenn die neue Rentenfestsetzung nicht durch Aenderung der Verhältnisse gesetzlich bedingt war, z. B. bei erneuter Rentenfestsetzung nach einem Heilverfahren oder bei Umwandlung einer vorläufigen Rente in eine dauernde (Großer Senat 2849 S. 314).

Die vom Vorsitzenden der Spruchkammer des Oberversicherungsamts erlassene Vorentscheidung muß eine ausreichende Darstellung des Sach- und Streitstandes enthalten (2850 S. 316).

Eine Rentenfestsetzung, die unter der Geltung des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes zwar nach Ablauf von zwei Jahren seit Rechtskraft der ersten endgültigen Rentenfeststellung erfolgt ist, aber eine Rente mit Wirkung von einem vor diesem Zeitpunkt liegenden Tage ab feststellt, hat keine Jahresbindung (2851 S. 317).

Wird ein wegen des Hauptanspruchs und wegen der Kosten eingelegter Rekurs in der Hauptsache zurückgewiesen, so darf — abweichend vom früheren Recht — über die Kosten nicht entschieden werden (2852 S. 318).

Wird die Versicherung von Eigenbauarbeiten, für die bereits von einer Zweiganstalt eine Prämie festgestellt ist, von einer anderen Zweiganstalt beansprucht, so hat diese auch ihrerseits die Prämie festzustellen und auf den Einspruch des Unternehmers, sofern sie ihn nicht als berechtigt anerkennt, die Sache dem Oberversicherungsamt zur Entscheidung vorzulegen (2853 S. 318).

Der Versicherungsträger ist nach § 1607 Abs. 2 (§ 1631 Abs. 2 RVO.) verpflichtet, nicht nur von den Gutachten Abschrift zu erteilen, die das Versicherungsamt, sondern auch von denen, die er selbst im Ermittlungsverfahren eingeholt hat (2854 S. 319).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

An der Revisionsentscheidung 2071 (Amtl. Nachr. 1915 S. 635, Arb.-Vers. 1915 S. 661), wonach § 214 RVO. für die im Inlande verwundeten Kriegsteilnehmer gilt, ist festzuhalten. Auch für sie fällt nach Abs. 3 der Anspruch weg, wenn sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls im Ausland aufhalten und die Kassensatzung nichts anderes bestimmt (Großer Senat 2137 S. 334).

Invalidität infolge Selbstmordversuchs begründet keinen Rentenanspruch, falls der Versuch dem Versicherten nach seinem geistigen Zustande zuzurechnen ist; zu vgl. Rev.Entsch. 1603 Amtl. Nachr. 1912 S. 823 (Großer Senat 2138 S. 337).

Die Wahl zum Kassenvorstand ist, unbeschadet des § 24 Abs. 1 RVO. (wonach Enthebung in Frage kommen kann) so lange als gültig anzusehen, bis sie rechtskräftig für ungültig erklärt ist. — Die Kündigung eines Kassenangestellten, welcher der Dienstordnung untersteht oder vom 1. Januar 1914 ab unterstellt werden sollte (§ 354 Abs. 2 bis 6 RVO., Art. 38 Einf.Ges. zur RVO.), ist, sofern kein wichtiger Grund vorliegt, nur zulässig, wenn der Angestellte zu der Zeit, in der das Dienstverhältnis infolge der Kündigung enden soll, noch nicht länger als zehn Jahre bei der Kasse beschäftigt ist (2139 S. 339).

Vorgeschrittene Trunksucht ist als Krankheit im Sinne des § 6 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. und des § 182 Ziff. 1 RVO. anzusehen. Die Unterbringung eines in hohem Maße Trunksüchtigen in einer Trinkerheilstätte durch eine Versicherungsanstalt begründet daher einen Erstattungsanspruch der Versicherungsanstalt gegen die Krankenkasse nach § 1518 Abs. 2 RVO. (2140 S. 341).

Bezug einer Invalidenrente schließt den Anspruch auf Krankengeld nicht ohne weiteres aus (2141 S. 343).

„Arbeitstag" im Sinne des § 182 Ziff. 2 RVO. ist (wie im Sinne des § 6 KVG.) ein Tag, an dem der Erkrankte nach der allgemeinen Regel des Gewerbes, des Betriebs oder überhaupt nach der Art seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung gearbeitet haben würde. Eine Waschfrau, die ausschließlich die drei ersten Werktage der Woche in einem Gastwirtsbetriebe tätig ist und sonst keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgeht, hat nur für drei Tage der Woche Anspruch auf Krankengeld (2142 S. 344).

Angehörige im Sinne des § 186 RVO. (betreffend das Hausgeld) sind Familienmitglieder, die in einem rechtlich anerkannten Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsverhältnis zum Versicherten stehen (2143 S. 347).

Bestimmt die Kassensatzung, daß freiwillig Versicherten, die sich nicht im Bezirke der Kasse

aufhalten, statt der Krankenpflege das halbe Krankengeld gewährt wird (§ 193 Abs. 3 RVO.), so verliert der Versicherte diesen Anspruch, wenn er nach der Erkrankung den Kassenbezirk ohne Genehmigung der Kasse verläßt (2144 S. 347).

Anspruch auf Kriegswochenhilfe nach § 1 Bek. des Reichskanzlers v. 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) besteht nur, wenn die Voraussetzung des § 1 Ziff. 1 während der Wochenzeit erfüllt ist. Dies ist solange nicht der Fall, als der Ehemann der Wöchnerin von der Militärbehörde vorläufig entlassen und dadurch in die Lage versetzt ist, wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, mag er auch später zur Truppe wieder eingezogen sein (2145 S. 349).

Bei Berechnung des nach § 197 RVO. zu erstattenden Betrags ist das von der leistungspflichtigen Kasse tatsächlich gewährte Wochengeld zu Grunde zu legen. Der Erstattungsanspruch findet aber seine Höchstgrenze in dem Betrage, den die erstattungspflichtige Kasse bei eigener Leistungspflicht an Wochengeld zu gewähren gehabt hätte (2146 S. 350).

Hat eine am 1. Januar 1914 oder später entbundene Wöchnerin vor jenem Tage einer mit Ablauf des 31. Dezember 1913 geschlossenen Krankenkasse angehört, so ist gegen die an ihre Stelle getretene Kasse ein Erstattungsanspruch nach § 197 RVO. nicht begründet (2197 S. 352).

Eine nach § 75 a KVG. bevorrechtigt gewesene Hilfskasse, die als Ersatzkasse nach § 503 RVO. nicht zugelassen ist, ist zur Erstattung von Wochengeld nach § 197 RVO. jedenfalls dann nicht verpflichtet, wenn sie nach der Satzung keine Wochenhilfe zu gewähren hatte (2148 S. 352).

Stillgeld gemäß § 200 RVO. ist bei Zwillingsgeburten für jeden Säugling, also doppelt zu gewähren, wenn die Satzung nichts Gegenteiliges bestimmt. Entsprechendes gilt nach § 3 Ziff. 4 Bek. des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914, RGBl. S. 492 (2149 S. 354).

Die in § 214 Abs. 1 Satz 1 RVO. festgesetzte Versicherungsdauer von sechs Wochen muß ununterbrochen gewesen sein, die von 26 Wochen dagegen nicht. Die Zeiten der Mitgliedschaft nach § 311 RVO .sind einzurechnen (2150 S. 355).

Die Verjährung eines Anspruchs auf Kassenleistungen (§ 223 Abs. 1 RVO.) wird nicht schon durch Erhebung des Anspruchs bei der Kasse oder durch Mahnung, sondern bei Streit erst durch die Anrufung des Versicherungsamts unterbrochen (2151 S. 358).

Der Ersatzanspruch einer Krankenkasse gegen eine Berufsgenossenschaft richtet sich auch dann nach den allgemeinen Vorschriften der §§ 1501 ff. RVO., wenn die Kassensatzung eine dem § 1511 RVO. entsprechende Bestimmung enthält. Die Kasse kann daher, wenn sie einem Verletzten vor der Gewährung der Unfallrente das volle Krankengeld gezahlt hat, als Ersatz hierfür nach § 1506 höchstens den halben Betrag der Rente beanspruchen (2152 S. 359).

Zu den Voraussetzungen des Ersatzanspruchs „bis zum vollen Betrage der Rente" nach § 1506 Abs. 2, § 1536 RVO. gehört nicht auch die Uebernahme der Sorge für den Unterhalt der unterstützungsberechtigten Angehörigen des Kranken oder Invaliden (2153 S. 361).

Die Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft vor Ablauf der Wartezeit und der Ersatzanspruch der Berufsgenossenschaft gegen die Krankenkasse nach § 1513 RVO. setzen nicht voraus, daß der Verletzte arbeitsunfähig ist (2154 S. 362).

§ 1522 RVO. gilt nicht, wenn eine nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung zu gewährende Waisenrente zusammentrifft mit einer nach dem preuß. Ges. vom 18. Juni 1887 und 2. Juni 1902, betreffend die Fürsorge für Beamte infolge von Betriebsunfällen (Preuß. Ges.-Samml. 1902 S. 153) gewährten Waisenrente (2155 S. 364).

Die Grundsätze des Beschlusses 948 (Amtl. Nachr. des RVA. 1901 S. 640) gelten entsprechend, wenn ein Antrag auf Gewährung des Witwengeldes bei einer nach § 1616 RVO. zuständigen Gemeindebehörde mündlich gestellt wird, die Aufnahme einer Niederschrift aber unterbleibt. In solchen Fällen kann in dem gleichzeitig gestellten und niedergeschriebenen Antrag auf Gewährung der Witwenrente zugleich der Antrag auf Gewährung des Witwengeldes erblickt werden. — Liegt eine Anordnung der obersten Verwaltungsbehörde auf Grund des § 1616 vor, so wird die Frist des § 1300 durch den Eingang des Antrags bei der zu seiner Entgegennahme zuständigen anderen Behörde gewahrt (2156 S. 365).

Art. 29 Abs. 1 Ziff. 1 Einf.Ges. zur RVO. gilt auch für landkassenpflichtige Versicherte, die vor Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung Mitglieder einer Innungskrankenkasse waren. — Die Vorschrift setzt nicht voraus, daß für den Beschäftigungsort oder die Betriebsstätte des Landkassenpflichtigen eine Landkrankenkasse besteht. — Der für den Fall der Fortsetzung der Mitgliedschaft eines Hausgewerbtreibenden bei einer anderen als der gesetzlich zuständigen Kasse zu erstattenden Anzeige (zu vgl. Nr. I 1 der Bek. v. 20. Dezember 1913, RGBl. S. 789, Arb.-Vers. S. 37) steht es gleich, wenn mit Genehmigung des Versicherten die Beiträge an die andere Kasse gezahlt sind (2157 S. 367).

Daß die Berufungsschrift der Gegenpartei nicht mitgeteilt ist, ist ein wesentlicher Mangel des Verfahrens, der in der Revisionsinstanz nicht mehr geheilt werden kann (2158 S. 369).

Gibt die Niederschrift über die Verhandlung des Oberversicherungsamts die Abstimmung über die Entscheidung kund, so liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens vor, der die Aufhebung des angefochtenen Urteils zur Folge hat (2158 S. 370).

Eine durch unrichtige Belehrung der zuständigen Behörde veranlaßte Versäumnis einer Rechtsmittelfrist kann einen Grund für die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 131 RVO. bilden (2160 S. 372).

Die Werkstattarbeiter der Hausgewerbtreibenden sind nach dem Gesetz, betreffend die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337 Amtl. Nachr. S. 628, Arb.-Vers. S. 569) gemäß § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. regelmäßig bei der zuständigen Ortskrankenkasse versichert (2161 S. 373).

Für eine Verkäuferin, die Sonntags ständig 2 bis 2½ Stunden beschäftigt ist, gilt der Sonntag als Arbeitstag. Infolgedessen ist zur Feststellung des Grundlohns der Monatslohn nicht durch 25, sondern durch 30 zu teilen; zu vgl. Entsch. 1787 Amtl. Nachr. 1913 S. 827 (2162 S. 374).

Bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sind nach § 346 Abs. 1 RVO. übereinstimmenden Beschlüsse des Vorstands und des Ausschusses der Krankenkasse erforderlich. Ein vom Vorstand allein vorgenommenes Rechtsgeschäft dieser Art ist nichtig. Die nach § 321 Ziff. 5 RVO. durch die Satzung zu bestimmenden Vertreter des Ausschusses gegenüber dem Grundbuchrichter sind nicht berechtigt, die Zustimmung des Ausschusses zu einem der im § 346 Abs. 1 bezeichneten Rechtsgeschäfte zu ersetzen (2163 S. 375).

Der mit der Kassenverwaltung einer Betriebskrankenkasse nach § 362 RVO. beauftragte Betriebsbeamte kann vom Arbeitgeber als dessen Vertreter im Vorstand der Kasse bestellt werden (2164 S. 377).

Soweit eine Diakonissen- und Krankenanstalt Krankenpflege gegen Entgelt betreibt, handelt es sich um ein „anderes Erwerbsgeschäft" im Sinne des § 439 RVO. Für die Versicherung der dafür tätigen Dienstboten ist daher, sofern die Tätigkeit nicht für sich allein versicherungsfrei ist, diese Beschäftigung, nicht die als Dienstbote maßgebend (2165 S. 379).

Streit zwischen einer Krankenkasse und einem Gemeindeverband über dessen Pflicht zur Zahlung von Beitragsteilen für unständig Beschäftigte (§ 453 RVO.) ist im Verfahren nach § 405 Abs. 2 RVO. zu entscheiden (2166 S. 380).

Weist das Versicherungsamt den Antrag einer Kasse auf Bestrafung gemäß § 350 RVO. nach Prüfung des Sachverhalts zurück, so steht der Kasse das Recht der Beschwerde nach § 530 Abs. 4 zu. Lehnt es das Versicherungsamt überhaupt ab, zu dem Antrag der Kasse Stellung zu nehmen, so ist nur die Anrufung der Aufsichtsbehörde möglich (2167 S. 381).

Verspätete Anmeldung eines Versicherungspflichtigen zur Krankenkasse ist nach § 530 Abs. 1 RVO., nicht nach Abs. 2 strafbar. — Die nach der Reichsversicherungsordnung von den Versicherungsträgern oder den Versicherungsbehörden zu verhängenden Geldstrafen sind keine Strafen im Sinne des Strafgesetzbuchs. Dessen Vorschriften über den Mindestbetrag der Geldstrafe (§ 27 Str.G.B.) sind daher nicht anzuwenden (2168 S. 383).

Will eine Landesversicherungsanstalt nach §§ 1488, 1493 RVO. gegen eine eingetragene Genossenschaft wegen nicht genügender Markenverwendung eine Strafverfügung erlassen, so hat sie zunächst den Schuldigen zu ermitteln. Unterbleibt dies, weil mit Rücksicht auf die Verjährungsfrist des § 147 Schwierigkeiten entstehen oder aus anderen Gründen, so kann der Vorstand der Versicherungsanstalt gegen die einzelnen Mitglieder des Genossenschaftsvorstands Strafverfügungen erlassen auf Grund der Vermutung, daß sie sämtlich das im § 1488 vorausgesetzte Verschulden trifft. In diesem Falle haften die Vorstandsmitglieder als Gesamtschuldner für die gegen jeden einzelnen festgesetzte Strafe. Bezahlt ein Mitglied die Strafe, so werden die anderen von der Zahlungspflicht befreit (2169 S. 385).

Portokosten, die für Sendungen einer Gemeinde an ein Versicherungsamt infolge einer im Verfahren nach §§ 1617 ff. RVO. geleisteten Rechtshilfe (§ 115) entstehen und demgemäß der Gemeinde vom Versicherungsamt zu ersetzen waren, sind diesem von dem beteiligten Versicherungsträger nach § 59 Abs. 2 zu erstatten (2170 S. 388).

Im Falle des § 1773 RVO. ist, wenn der Hauptanspruch nicht streitig war, für den Ersatz oder Erstattungsanspruch das Versicherungsamt zuständig, das zu entscheiden gehabt hätte, wenn der Hauptanspruch zur Zeit seiner Entstehung erhoben worden wäre (2171 S. 390).

In Fällen des § 1774 RVO. ist das Versicherungsamt zuständig, in dessen Bezirke der Versicherte zur Zeit der Entstehung des Anspruchs wohnte oder beschäftigt war (2172 S. 390).

B. Allgemeines.

Versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zwischen nahen Familienangehörigen.

Entscheidungen des **Oberversicherungsamts Hannover** vom 10. November 1915 (B. 106/15 und B. 110/15).

a)

Bei Entscheidung der Frage, ob die Hauskinder, die im Wirtschaftsbetriebe der Eltern leben und in ihm beschäftigt werden, der Krankenversicherungs pflicht unterliegen, muß davon ausgegangen werden, daß von Fall zu Fall zu prüfen ist, ob etwa ein familienhaftes Gemeinschaftsleben, eine unverbindliche Hilfeleistung unter wirtschaftlich und sozial Gleichgestellten aus sittlichen oder Anstandsrücksichten, oder eine lediglich auf der, nach bürgerlichem Recht begründeten Unterhaltungspflicht der Eltern beruhende Darreichung der Lebensnotdurft nicht vorliegt. Nur wenn das Nichtvorliegen dieser Umstände glaubhaft nachgewiesen und anzunehmen ist, daß die Hauskinder bei ihren Eltern vielmehr auf Grund eines tatsächlichen Arbeitsverhältnisses unterhalten und beschäftigt werden, liegt Krankenversicherungspflicht vor. Ob im Einzelfalle zwischen Eltern und Hauskindern ein eigentliches Arbeitsverhältnis besteht, hängt von den mannigfachsten Umständen ab. Für die Annahme eines Arbeitsverhältnisses ist es u. a. erheblich, ob der fragliche Arbeitnehmer eine verwertbare Arbeitskraft besitzt, ob er schon Lohnarbeiten bei Fremden ausgeführt hat, er etwa zu den Berufsarbeitern zählt, ob der Dienstherr (Vater oder Mutter) einer gelohnten Hilfskraft bedurfte, auch sonst eine solche zu halten pflegte, ob ein Entgelt im Sinne des § 160 RVO. vereinbart ist und regelmäßig gewährt wird, wenn es auch nur in der Gewährung freien Unterhalts geschieht, ob das Entgelt den Arbeitsleistungen gegenüber angemessen erscheint und ob die Hauskinder mit einer gewissen Ständigkeit bestimmte Arbeiten verrichten.

Nach den angestellten Ermittelungen kann im vorliegenden Falle angenommen werden, daß zwischen dem Beschwerdeführer Heinrich R. und dessen Sohn Friedrich nebst Ehefrau im Sinne vorstehender Ausführungen ein eigentliches Arbeitsverhältnis zu der hier in Betracht kommenden Zeit bestanden hat. Beide Arbeitnehmer (Sohn wie Schwiegertochter) haben schon bei Fremden gegen Lohn gearbeitet und gehören somit zu den Berufsarbeitern. Ferner entfällt bei ihnen als Eheleuten, da sie unbestrittenermaßen erwerbsfähig sind, die gesetzliche Unterhaltspflicht des Beschwerdeführers. Sohn wie Schwiegertochter erhalten für ihre Leistungen ein Entgelt, das in Naturalien und Taschengeld besteht und eine vollwertige Entschädigung für die von ihnen zu leistenden Arbeitsverrichtungen bildet. Der Beschwerdeführer bedarf auch nach der Auskunft des Gemeindevorstehers einer gelohnten Hilfskraft, die er in seinem Sohn zu sich genommen hat.

Der Sohn Friedrich R. mit seiner Ehefrau unterliegen demnach der Krankenversicherungspflicht. Die Landkrankenkasse hat deshalb den Beschwerdeführer Heinrich R. für die genannten Hauskinder mit Recht zur Leistung von Krankenkassenbeiträgen bis zu der inzwischen erfolgten Befreiung von der Krankenversicherungspflicht herangezogen.

b)

Wie die angestellten Ermittelungen ergeben haben, hat der Beschwerdeführer Friedrich R. 7 Kinder, von denen das jüngste 2 Jahre alt ist. Es ist daher glaubwürdig, wie der Beschwerdeführer in seinem Schriftsatz vom 14. Oktober d. J. behauptet, daß seine Tochter Elise, die am 12. November d. J. erst 16 Jahre alt werde, seine Frau nur im Haushalt unterstütze. Bei der großen Anzahl von Geschwistern verblieb der noch nicht 16jährigen Elise R. nach Ansicht der Beschlußkammer kaum Zeit, sich bei ihrem jugendlichen Alter im landwirtschaftlichen Betriebe ihres Vaters nennenswert zu betätigen.

Bei dieser Sachlage kann ein eigentliches Arbeitsverhältnis, auf Grund dessen die einzelnen Arbeitsleistungen im elterlichen Hause vorgenommen werden, zwischen dem Beschwerdeführer und seiner Tochter Elise zur Zeit der Straffestsetzung — Juni 1915 — noch nicht angenommen werden. Nach Ansicht des Gerichts lag hier vielmehr lediglich ein familienhaftes Zusammenleben vor. Somit bestand für R. auch keine Verpflichtung zur Anmeldung seiner 15jährigen Tochter bei der Krankenkasse.

Festsetzung der Ortspreise für Sachbezüge (§ 160 Abs. 2 RVO.)

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 22. Dezember 1915.

Der Verband der Deutschen Berufsgenossenschaften hatte das Reichsversicherungsamt ersucht, durch Vermittelung der Landesbehörden auf die Versicherungsämter dahin einzuwirken, daß sie die Ortspreise für Sachbezüge allgemein festsetzen möchten. Darauf hat das Reichsversicherungsamt wie folgt geantwortet:

Das Reichsversicherungsamt kann der dortigen Anregung hinsichtlich der Festsetzung der Ortspreise der Sachbezüge keine Folge geben. Wenn auch eine allgemeine Festsetzung der Ortspreise durch die Versicherungsämter die Erledigung des

Rentenfeststellungsverfahrens beschleunigen und die Zugrundelegung einheitlicher Sätze im Entschädigungs- und Umlageverfahren ermöglichen könnte, so hat sich doch die Rechtslage seit der Verfügung des RVA. vom 9. März 1903 (Bescheid 1991 Amtl. Nachr. des RVA. 1903 S. 357) grundsätzlich nicht geändert. § 160 der Reichsversicherungsordnung hat hinsichtlich der Festsetzung der Ortspreise gegenüber § 6 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes nur die Abänderung getroffen, daß an die Stelle der unteren Verwaltungsbehörde das Versicherungsamt getreten ist. Eine allgemeine, regelmäßig wiederkehrende Festsetzung der Ortspreise ist nicht vorgeschrieben worden. Es rechtfertigt sich deshalb die Annahme, daß der Gesetzgeber es bei der bisherigen Rechtsübung hat belassen wollen. Die Berufung auf die Festsetzung der Ortslöhne trifft nicht zu, da hierfür in den §§ 149 ff. der Reichsversicherungsordnung eine allgemeine, in bestimmten Zeiträumen wiederkehrende Festsetzung und auch eine bestimmte Art der Veröffentlichung besonders vorgeschrieben ist. Aehnlich verhält es sich mit der Festsetzung des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes der landwirtschaftlichen Arbeiter (§ 936 der Reichsversicherungsordnung). Hiernach werden auch nach der Absicht der Reichsversicherungsordnung die Ortspreise in der Regel von Fall zu Fall festzusetzen sein. Wenn trotzdem, wie aus den mit dem Schreiben vom 24. Juli 1915 vorgelegten Bekanntmachungen zu ersehen ist, einzelne Versicherungsämter auf Grund des § 160 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung und zum Teil unter Bezugnahme auf § 2 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte die Ortspreise für gewisse häufig vorkommende Sachbezüge allgemein festgesetzt haben, so mag dies Verfahren aus den vom Verbande ausgeführten Gründen zweckmäßig und jedenfalls — vorbehaltlich einer instanziellen Entscheidung im Beitrags- und Rentenstreitverfahren über die Gültigkeit der Festsetzung — nicht zu beanstanden sein. Von einer Einwirkung auf die Versicherungsämter im Sinne einer Verallgemeinerung dieses Verfahrens muß aber das Reichsversicherungsamt indessen aus den dargelegten Gründen absehen.

C. Zur Krankenversicherung.

Beschränkung zahnärztlicher Leistungen (Zahnfüllungen)

Urteil des **Landgerichts in Halle a. S.** (1. Zivilkammer) vom 28. Januar 1916.

Durch Vertrag mit einer Vereinigung von Zahnärzten (E. V.) hatte sich eine Krankenkasse verpflichtet, dafür zu sorgen, daß ihre Beamten sich jeder Beeiflußung der Kassenmitglieder enthalten und die Wahl des Zahnarztes vollkommen den Mitgliedern zu überlassen. § 2 bestimmt, daß die zahnärztlichen Hilfeleistungen, soweit Füllungen in Betracht kommen, bis zum Höchstbetrage von 15 M. für den einzelnen Krankheitsfall als Einzelleistungen zu bezahlen sind. Etwaige Mehrforderungen sind von behandlungsberechtigten Angehörigen dem behandelnden Zahnarzte sofort zu bezahlen. Die Krankenkasse hatte wiederholt den Krankenscheinen der Mitglieder Zettel angeklebt mit den Aufschriften: „Vor Anfertigung von Zahnplomben ist behufs Uebernahme der Kosten dafür bei uns anzufragen" oder „Vier Plomben genehmigt".

Hierin erblickte der Verein der Zahnärzte einen Verstoß gegen den Vertrag und klagte gegen die Kasse auf Unterlassung der in dem Aufkleben der Zettel zu findenden Beeinflussung. Das Amtsgericht hat die Kasse verurteilt. Auf ihre Berufung hob das Landgericht die Entscheidung auf und wies die Klage ab aus folgenden Gründen:

Auf Grund der Auslegung des zwischen den Parteien bestehenden Vertrages und der ferneren Erwägung, die von der Beklagten aus ihrem Statut gegen den Klageanspruch hergeleiteten Einwendungen seien solche aus dem Rechtsverhältnis zu dritten Personen, gelangt der Vorderrichter zu einer Verurteilung der Beklagten. Allein diese Betrachtung unterläßt die Prüfung der grundlegenden Frage, ob der Vorstand der Beklagten, welcher für die Beklagte den Vertrag mit der Klägerin abgeschlossen hat, zu einem derartigen Vertragsabschluß überhaupt befugt gewesen ist. Die ist zu verneinen.

Nach § 5 RVO. wird die Beklagte durch ihren Vorstand vertreten. Dieser hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters und vertritt die Beklagte gerichtlich und außergerichtlich. Beschränkungen seiner Vertretungsmacht, die sich nicht aus der Reichsversicherungsordnung ergeben, kann mit Wirkung gegen Dritte die Satzung bestimmen. Die Befugnisse des Vorstandes sind im einzelnen durch eine Reihe von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung begrenzt und näher bezeichnet. Nach § 25 Abs. 1 RVO. dürfen die Mittel der Versicherungsträger nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Zwecke verwendet werden.

Der Vorstand, der nach § 342 RVO. soweit das Gesetz nicht ein anderes bestimmt, die Kasse verwaltet, ist in seiner Verfügung über die Mittel derselben durch § 363 RVO. beschränkt. Danach

ist eine Verwendung der Mittel der Kasse — von anderen hier nicht interessierten Zwecken abgesehen — nur zu den satzungsgemäßen Leistungen zulässig. Diese satzungsgemäßen Leistungen bilden danach sowohl Grundlage wie Rahmen der von dem Vorstande vorzunehmenden Geschäfte. Daraus folgt, daß der Vorstand nicht berechtigt ist, andere als die Satzungsleistungen zu gewähren. Die in Hinsicht auf die Leistungen von der Satzung vorgeschriebenen Grenzen beschränken somit auch die Vollmacht des Vorstandes nach außen hin und gemäß der Vorschrift des § 5 RVO. auch mit Wirkung gegen Dritte. Die Satzung der Beklagten sagt im § 45, daß der Vorstand die Kasse nach Gesetz, den Vorschriften der Satzung und seinen eigenen Beschlüssen verwaltet. Es wird in der Satzung nicht etwa dem Vorstande eine absolute, freie Stellung eingeräumt, sondern er bleibt auch nach der Satzung an die vorbezeichneten gesetzlichen Beschränkungen gebunden.

Hinsichtlich der zahnärztlichen Leistungen trifft nun die Satzung in § 10 Ziff. 1 eingehende Bestimmungen über Art und Maß der zu gewährenden Hilfe. Die Kosten dieser Behandlung werden u. a. nur unter der Bedingung getragen, daß zu b) das betreffende Mitglied der Kasse mindestens 6 Monate hindurch vor Stellung des Antrages angehört, zu d) jährlich höchstens nur bis zu 4 Füllungen mit und ohne zuvorige Nervbehandlung von Kupferamalgam oder Zement gewährt werden.

An diese Bestimmungen ist der Vorstand gebunden. Er kann die Beklagte nicht zu mehr verpflichten, als hier in der Satzung zugelassen ist. Verwendet er Mittel der Kasse zu Mehrleistungen, so verwendet er sie gegen die Satzung. Verpflichtet er die Kasse zur Bezahlung höherer Beträge ,so überschreitet er die durch Gesetz und Satzung ihm verliehene Vertretungsmacht.

Der Vertrag ist insoweit unwirksam. Es mag dabei jedoch gleichzeitig bemerkt werden, daß der Vertrag der Parteien durch diese Vollmachtsüberschreitung nicht etwa in vollem Umfange unwirksam ist, sondern im übrigen zu Recht besteht, da anzunehmen ist, daß er auch ohne den unwirksamen Teil geschlossen wäre.

Die Klägerin kann sich auch nicht darauf berufen, daß die Kasse den Mitgliedern ausreichende zahnärztliche Hilfe zu gewähren habe, diese Hilfe bei den Satzungsleistungen nicht gewährt werde, der Vorstand vielmehr erst durch den Vertrag der Parteien diese Hilfe gewährt habe. Dieser Gedanke entspricht nicht etwa dem Sinne der Reichsversicherungsordnung, sondern widerspricht ihm. Dem Vorstand ist nach der Reichsversicherungsordnung keineswegs die Befugnis eingeräumt, nach eigenem Ermessen die ausreichende Hilfe über den Satzungsrahmen hinaus zu gewähren. Dies folgt aus der Bestimmung der §§ 323 ff. RVO. Die Satzung darf danach nichts bestimmen, was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft und nicht im Zwecke der Kasse liegt. Nach § 324 RVO. ist sie vom Oberversicherungsamt zu genehmigen. Stellt sich nachträglich heraus, daß die Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, so ist eine Genehmigung durch Anordnung des Oberversicherungsamtes herbeizuführen (§ 326 RVO.). Die Genehmigung kann nach § 324 Abs. 2 RVO. nur dann versagt werden, wenn den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt ist. Zu diesen gesetzlichen Vorschriften gehören auch diejenigen, die den Umfang der zu leistenden Krankenhilfe bestimmen. Es kann danach, gewährt die Satzung diese Hilfe nicht im gesetzlichen Maße, auch hier nur Wandel im Wege der Satzungsänderung geschaffen werden. Bis zu dieser Aenderung bleibt jedoch die ursprüngliche Satzung in Kraft, der Kassenvorstand daran gebunden.

Demnach konnte der Vorstand der Beklagten diese durch den Vertrag mit der Klägerin nur im Umfange der Satzung verpflichten. Es mag im übrigen auch bemerkt sein, daß auch sonst für den Vertrag von Zahnärzten mit derartigen Krankenkassen auch Versorgung der Kassenmitglieder angenommen werden müßte, daß beide Parteien den Vertrag lediglich unter Zugrundelegung des Statuts abschließen und daß als ihr Wille angesehen werden muß, die Kasse nur im Umfange des Statuts zu verpflichten, dies selbst dann, wenn etwa, was Klägerin behauptet, die Statutbedingungen ihr unbekannt gewesen sein sollten.

Wenn bei dieser Sachlage der Vorstand der Beklagten die von der Klägerin behaupteten Vermerke auf die Krankenscheine gesetzt oder ihnen sonst begefügt hat, so befand er sich im Recht. Es muß als durchaus sachgemäß bezeichnet werden, daß er den Kassenmitgliedern die satzungsgemäße Beschränkung der Plombenzahl in Erinnerung brachte, auf dem Krankenschein die Zahl der für das betreffende Jahr noch zulässigen Plomben zum Ausdruck brachte und auf die Beschränkung der Kostenübernahme aufmerksam machte. Daß Beklagte mehr als diese zulässigen Maßnahmen getroffen und dadurch etwa gegen § 1 Abs. 2 des Vertrages der Parteien verstoßen hat, ergibt das Klagevorbringen nicht.

Anmerkung: Zu vgl. Min.Besch. vom 14. April 1915 (Arb.-Vers. 1915 S. 345) und hierzu Entsch. des Reichsversicherungsamts 2134 (Arb.-Vers. 1916 Heft 6 S. 134).

Erfüllungsort der Krankenpflege. Die Mitgliedschaft bei einer Hilfskasse wird in die Wartezeit auf Mehrleistungen nicht eingerechnet.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Frankfurt a. O.**, I. Spruchk., v. 30. Juni 1915, O. S. K. 6/1. 15.

Der Maurer E. aus Berlin arbeitete im Jahre 1914 bei einer Baufirma in Essen. Ostern fuhr er nach Berlin und erkrankte hier. Er erhob bei der zuständigen Bauinnungskrankenkasse zu Essen den Anspruch auf Gewährung der statutarischen Leistungen (Arzt, Arzenei und Unterstützung). Um sich vor Nachteilen zu sichern, meldete sich E. bei der Berliner Allgemeinen Ortskrankenkasse, die aber die Unterstützung ablehnte, da kein Ueberweisungsschein vorlag. E. sollte nun einem Krankenhause überwiesen werden. Die Aerzte bescheinigten jedoch, daß die Krankheit des E. Krankenhausbehandlung nicht notwendig mache. Nunmehr forderte die Krankenkasse die Rückkehr des E. nach Essen, um sich dort von einem Kassenarzt behandeln zu lassen. Dieser Aufforderung kam E. nicht nach, da er hier in Berlin seinen Wohnsitz und seine Familie zu wohnen hatte. Die Krankenkasse zahlte nur das einfache Krankengeld, lehnte aber die Kosten für Arzt und Arznei ab, da er nicht einen Kassenarzt in Anspruch genommen habe. Der Kranke war auch der Ansicht, ihm gebühre das volle satzungsmäßige Krankengeld. Der § 26 Abs. 2 der Satzung nach welchem der Anspruch auf Mehrleistungen erst nach einer Wartezeit von 6 Monaten nach dem Beitritt entstehe, treffe im Hinblick auf den zweiten Satz des § 26 Abs. 2 auf ihn nicht zu, da er binnen der letzten 12 Monate bereits für mindestens 6 Monate als Mitglied der Ersatzkrankenkasse Grundstein zur Einigkeit sich den Anspruch auf die Mehrleistungen erworben habe. E. war nach seiner Genesung nach Althütte (Kreis Arnswalde) übergesiedelt und erhob nunmehr bei dem dortigen Versicherungsamt Beschwerde. Dieses lehnte sein Verlangen, die Krankenkasse zur Zahlung der Arzt- und Arzneikosten und des erhöhten Krankengeldes zu verurteilen ab.

Auf eingelegte Berufung wurde die Krankenkasse dem Gesetz entsprechend, zur Zahlung von Arzt und Heilmittel vom Oberversicherungsamt verurteilt. Gründe:

Der Einwand, daß die mehrjährige Mitgliederschaft des Klägers bei der eingeschriebenen, dem § 45 KrVG. genügenden Hilfskasse Grundstein zur Einigkeit in Hamburg, im Hinblick auf den Satz 2 des § 26 Abs. 2 der Kassensatzung dem Kläger auch ohne Zurücklegung einer Wartezeit von 6 Monaten zum Bezuge der Mehrleistungen berechtige, konnte nicht durchdringen. Der § 26 der Satzung entspricht dem § 208 RVO. der dem § 26 des KrVG. nachgebildet ist. In diesem fehlte aber gerade die Bestimmung, daß die Wartezeit nicht für solche Mitglieder gelte, die in einem gewissen, der Mitgliedschaft vorhergehenden Zeitraume Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse oder einer knappschaftlichen Krankenkasse gehabt haben. Diese Bestimmung hat die Reichsversicherungsordnung neu eingeführt. Sie bezieht sich aber nicht auf die sogenannten Ersatzkassen der Reichsversicherungsordnung, da in § 225 ausdrücklich nur Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen als Krankenkassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung bezeichnet werden. Die dem § 75 KrVG. genügenden eingeschriebenen Hilfskassen des alten Rechts entsprechen aber in ihrer rechtlichen Natur im wesentlichen den Ersatzkassen der Reichsversicherungsordnung. Daraus folgert das Gericht, daß der § 208 RVO. auch auf die Hilfskassen des KrVG. sich nicht bezieht. Unter diesen Umständen kann unerörtert bleiben, ob die frühere Hilfskasse Mehrleistungen gegen die Regelleistungen der Reichsversicherungsordnung gewährte, und inwieweit der Kläger darauf Anspruch hatte. Vielmehr war der Klageanspruch auf Zahlung der Mehrleistungen zurückzuweisen.

Dagegen erschien der weitere Teil der Berufung begründet. Nach den von der Rechtsprechung im allgemeinen festgehaltenen Grundsätzen ist der Erfüllungsort des Anspruchs auf Krankenhilfe der Kassenbezirk; ein Ort außerhalb des letzteren aber nur dann, wenn er der Beschäftigungsort oder der Wohnort des Mitgliedes ist. Als Wohnort gilt im allgemeinen der Ort, wo der Versicherte tatsächlich wohnt. Ausnahmsweise ist als Wohnort des außerhalb Beschäftigten auch der Wohnort seiner Familie angesehen worden, der ein besonders geeigneter Pflegeort sei und deshalb als Erfüllungsort zu gelten habe. Diesen vom höchsten Gerichtshöfen (vgl. Entsch. des Bayer. Verwaltungsgerichtshofes vom 2. März 1896 und des Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 29. Jan. 1911) entwickelten sozialen Gedanken macht sich das Oberversicherungsamt zu eigen. In den erwähnten Entscheidungen handelte es sich allerdings um Versicherte, die wöchentlich nach Abschluß der Arbeitswoche zu ihrer Familie zurückkehrten. Das trifft zwar auf den vorliegenden Fall nicht zu, dennoch erscheint die Anwendung des obigen Grundsatzes geboten. Der Kläger arbeitete in Essen. Mit Osterurlaub seiner Arbeitgeberin, der Firma Molbrings u. Fischer, verließ er Essen in gesundem, abeitsfähigen Zustande. Das Arbeitsverhältnis lief weiter. In Berlin bei seiner Familie erkrankte er, und ließ sich von dem Dr. S. daselbst untersuchen und behandeln. Der Arzt stellte Arbeitsunfähigkeit infolge von Blutarmut und Nervenschwäche fest. In einem so gelagerten Falle das Verlangen zu stellen, daß der Kläger seine Familie verlasse und sich auf eine lange Reise nach Essen-Ruhr zur ärztlichen Behandlung begebe, hält das Oberversicherungsamt nicht dem Gedanken der Krankenfürsorge entsprechend. Will die Kasse in einem solchen Falle nicht von den Bestimmungen der §§ 219—222 RVO. Gebrauch machen, wird sie für verpflichtet zu erachten sein, die Kosten für die von dem Versicherten sich selbst beschaffte ärztliche Behandlung und für die nötige

Arznei, soweit sie angemessen sind, zu tragen. Gegen den Satz von 20 Mark für ärztliche Behandlung während der Zeit vom April bis Juni 1914 ist nichts einzuwenden, ebensowenig gegen den gleichen Betrag für Bäder und Medikamente, der auch von dem behandelnden Arzte als angemessen bezeichnet ist.

Die Gebühr war bei einem Streitgegenstande von 102,94 M. gemäß § 47 der Verfahrensordnung für die Oberversicherungsämter vom 24. Dez. 1911 auf vier Mark festzusetzen, wovon jede Partei die Hälfte zu tragen hat.

Nachschrift des Einsenders (Fr. Kl.): Das Urteil besitzt eine gewisse Bedeutung. Es erweitert erfreulicherweise den seitherigen Begriff des „Erfüllungsortes". Wurde bislang von der Rechtsprechung immer verlangt, daß zwischen dem Wohnort und dem Wohnsitz (wenn beide als Erfüllungsort in Frage kommen sollen), ein gewisser Zusammenhang aufrecht zu erhalten sei durch regelmäßige häufige Rückkehr zum Wohnsitz usw., so läßt vorstehende Entscheidung dieses Erfordernis fallen. Man kann dem nur zustimmen, nach dem das neue Recht in strengerer Weise den Beschäftigungsort (der häufig ein anderer als der Wohnort ist) als maßgeblich für die Kassenzugehörigkeit hingestellt hat.

Abzug von Uebersendungskosten für Barleistungen der Kasse.

Entsch. des Fürstl. Oberversicherungsamts Detmold vom 16. Februar 1916 (T. B. O. B. Nr. 17/16.)

Das Fürstliche Versicherungsamt Blomberg hat bei der Nachweisung der Ausgaben für Wochenhilfe, die von der Ortskrankenkasse Blomberg, Schieder, Schwalenberg vorgelegt ist, unter Nr. 1 beanstandet, daß die Kasse der Wöchnerin für Uebersendung der Wochenhilfe durch die Post die Portokosten im Betrage von 0,30 M. abgezogen hat.

Die Beanstandung ist unbegründet. Nach § 17 des Lippischen Ausführungsgesetzes zum Bürgerl. Gesetzb. sind Zahlungen aus öffentlichen Kassen, wenn nicht ein Anderes bestimmt ist, an der Kasse in Empfang zu nehmen. Die Ansicht des Versicherungsamts, daß Krankenkassen nicht als „öffentliche Kassen" im Sinne der angezogenen Gesetzesbestimmung anzusehen seien, ist unzutreffend. Es ist nicht gerechtfertigt, den Begriff der öffentlichen Kassen im Sinne der erwähnten Vorschrift auf die fiskalischen Kassen zu beschränken. Die Krankenkassen, wie auch die Kassen der Versicherungsanstalten gehören mit Rücksicht darauf, daß sie einem öffentlich-rechtlichen Zwecke dienen und eine Einrichtung des öffentlichen Zweckes sind, zu den öffentlichen Kassen, so daß die Bestimmung des § 1 Ausf.Ges. zum Bürgerl. Gesetzb. auf sie Anwendung findet (Vgl. Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 1. April 1901 II. Senat und 1. April 1901 III. Senat, Stier-Somlo Anm. 3 zu § 210 RVO., Staudinger, Anm. 1 zu Art. 98 Einf.Ges. zum Bürgerl. Gesetzb.).

Da weder die Reichsversicherungsordnung noch die Bekanntmachung, betr. Wochenhilfe während des Krieges vom 3. Dezember 1914 und die sie erweiternden folgenden Bekanntmachungen, Bestimmungen über die Art der Auszahlung des Geldes enthalten, zwischen der Ortskrankenkasse und der Wöchnerin unstreitig nichts hierüber vereinbart ist, so hat die Empfangsberechtigte die Zahlung an der Kasse in Empfang zu nehmen.

Die Bestimmung in § 2 der Krankenordnung kommt hier nicht in Frage, da es sich nicht um eigentliche auf die Mitgliedschaft beruhende Kassenleistungen, sondern um eine Unterstützung aus Mitteln des Reichs handelt, daß sich der Krankenkassen als Zahlstellen bedient.

Verlangt ein Empfangsberechtigter Uebersendung der von der Kasse auszuzahlenden Beträge, so geschieht sie auf seine Gefahr und seine Kosten. (Vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers, Anm. 10c zu § 182 RVO.). Da in vorliegendem Falle die Wöchnerin die Uebersendung gefordert hat, war die Kasse zu dem Abzuge der Portokosten berechtigt.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Unfallversicherung im Jahre 1914.

Die Rechnungsergebnisse der Träger der Unfallversicherung für das Jahr 1914 sind kürzlich in den Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamtes Heft 1, 1915 veröffentlicht worden. Sie zeigen, wie schon die Unfallversicherung im Jahre 1914 unter den Einwirkungen des Krieges stand. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften verminderte sich die Zahl der durchschnittlich Versicherten von 10 630 437 im Jahre 1913 auf 9 451 618 im Jahre 1914. Die Zahl der versicherten gewerblichen Betriebe vermehrte sich allerdings in der gleichen Zeit von 828 335 auf 835 939. Zum guten Teil ist diese Zunahme auf eine schärfere Heranziehung der durch das Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung im Jahre 1913 versicherungspflichtig gewordenen meist kleinen Betriebe zurückzuführen. In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung beruht die Angabe der Zahl der Versicherten und der Betriebe mehr auf Schätzungen, sie ist in beiden Jahren mit 17 403 000 bezw. 5 485 800 angegeben. Bei den die Unfallversicherung selbständig durch-

führenden Reichs-, Staats- und gemeindlichen Ausführungsbehörden waren im Vorjahr 1 071 054, im Berichtsjahr 1 110 066 Personen versichert.

Die Organisation der Unfallversicherung blieb im allgemeinen dieselbe. In der gewerblichen waren vorhanden 68 Berufsgenossenschaften mit 14 Zweiganstalten, die 322 Sektionen besaßen. In der land- und forstwirtschaftlichen Unfallversicherung waren 49 Berufsgenossenschaften mit 604 Sektionen vorhanden. Die gewerblichen sowie landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften verfügten zu sammen über 1308 Mitglieder der Genossenschaftsvorstände, 5959 Mitglieder der Sektionsvorstände, 24 884 Vertrauensmänner, 4983 Verwaltungsbeamte und 460 technische Aufsichtsbeamte. Die Zahl der Vertreter der Versicherten zur Beratung der Unfallverhütungsvorschriften betrug 1910 in der gewerblichen und 359 in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung.

In der gewerblichen Unfallversicherung wird auch die Summe der tatsächlich gezahlten Löhne nachgewiesen, und zwar für das Vorjahr 11½ und für das Berichtsjahr annähernd 10 Mill. Mark. Die Abnahme ist hauptsächlich auf die Verminderung der Zahl der Versicherten Personen zurückzuführen. Im Jahre 1913 kam auf eine durchschnittlich versicherte Person der Betrag von 1100 M., im Jahre 1914 von 1074 M. Das ist ebenfalls ein Rückgang, der darauf zurückzuführen ist, daß an Stelle der zum Heeresdienst einberufenen männlichen Personen vielfach weibliche getreten sind, die geringer entlohnt werden.

Die Gesamtsumme der gezahlten Entschädigungbeträge (Renten usw.) beläuft sich im Jahre 1914 bei allen Versicherungsträgern zusammen auf 177 788 763 M. Das ist gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme um etwa 2½ Mill. Mark. Von diesem Betrage entfallen auf die Berufsgenossenschaften 161½ Mill. Mark, der Rest entfällt auf die Ausführungsbehörden. Die Gesamtsumme der Entschädigungen bei allen Versicherungsträgern zusammen verteilt sich wie folgt: Heilverfahren 11 492 834 M., Renten an 865 770 Verletzte 120 679 763 M., Abfindung an 8193 Verletzte, die ein Fünftel der Vollrente oder weniger bezogen haben, 5 408 275 M., an 510 Ausländer bei Aufgabe ihres Wohnsitzes im Deutschen Reich 597 802 M., Sterbegeld an 9889 Getötete 788 334 M., Renten an 99 340 Witwen (Witwer) Getöteter 17 350 313 M., Renten an 115 841 Kinder und Enkel Getöteter 19 484 026 M., Renten an 4743 Verwandte der aufsteigenden Linie Getöteter (Eltern) 923 477 M., Abfindung an 1528 Witwen im Falle der Wiederverheiratung 1 025 371 M., Fürsorge für Verletzte innerhalb der gesetzlichen Wartezeit 962 037 M. Von den übrigen Ausgaben (bei allen Versicherungsträgern zusammen) seien folgende hervorgehoben: Unfalluntersuchung und Feststellung der Entschädigung, Ueberwachung der Rentenempfänger 5 377 356 M., Kosten des Streitverfahrens bei den Oberversicherungsämtern 862 722 M., bei dem Reichsamt und den Landesversicherungsämtern 30 306 M., Erlaß von Unfallverhütungsvorschriften und laufende Ueberwachung der Betriebe 2 516 661 M., laufende Verwaltung 19 854 608 M., besondere Verwaltung (Heil- und Genesungsanstalten usw.) 2 289 322 M. Insgesamt betragen die Ausgaben 223 241 143 M. Bei den gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und deren Zweiganstalten betrug die Ausgabe 205 694 947 M. Ihnen standen Einnahmen in Höhe von 200 448 491 M. gegenüber. An Umlagebeiträgen wurden 175 757 098 M. eingehoben. Bei Abschluß der Rechnungsergebnisse standen noch 17¾ Mill. Mark unbezahlte Umlagebeiträge aus. Der Bestand der Rücklage betrug bei allen Versicherungsträgern 375 180 949 M.

Die Zahl aller Verletzten, für die im Laufe des Geschäftsjahres Unfallanzeigen erstattet worden sind, betrug 704 973. Im Vorjahr waren es 789 373. Es hat also eine Verminderung der Zahl der Unfälle stattgefunden, die vornehmlich auf die verminderte Zahl der Versicherten zurückzuführen ist. Verhältnismäßig genommen, hat die Zahl der Unfälle weiter zugenommen; sie vermehrte sich pro 1000 Vollarbeiter von 61,33 im Jahre 1913 auf 62,23 im Jahre 1914 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Zahl der Verletzten bei allen Versicherungsträgern zusammen, für die im Laufe des Geschäftsjahres zum ersten Mal Entschädigungen bezahlt worden sind, beträgt 124 086. Unter diesen befinden sich 18 193 erwachsene weibliche und 4747 jugendliche Personen unter 16 Jahren. Die Folgen der Verletzung waren folgende: Tod 9401, dauernd völlig erwerbsunfähig 793, dauernd teilweise erwerbsunfähig 40 362, vorübergehend (aber länger wie 13 Wochen) erwerbsunfähig 73 530. Die Betriebseinrichtungen und Vorgänge, bei denen sich die erstmalig entschädigten Unfälle ereigneten, waren folgende:

1.	Motoren, Transmissionen, Arbeitsmaschinen	17 546
2.	Hebemaschinen (Fahrstühle, Aufzüge, Krane)	3 805
3.	Dampfkessel, Dampfleitungen, Explosionen	219
4.	Sprengstoffe (Pulver Dynamit)	783
5.	Feuergefährliche, heiße und ätzende Stoffe	2 906
6.	Zusammenbruch, Einsturz, Herabfallen von Gegenständen	15 747
7.	Fall von Leitern, Treppen, auf ebener Erde	24 134
8.	Auf- und Abladen, Heben und Tragen	12 671
9.	Ueberfahren, Absturz von Wagen	13 320
10.	Eisenbahnbetrieb	7 260
11.	Schiffahrt und Verkehr zu Wasser	687
12.	Tiere (Stoß, Schlag, Biß, Unfälle beim Reiten)	8 750
13.	Handwerkszeug und einfache Geräte	6 586
14.	Elektrischer Strom	429
15.	Abspringende Splitter, sonstige Vorgänge	9 243

Die durch Betriebsunfall Getöteten hinterließen 6104 Witwen, 12 473 Kinder und Enkel und 376 Verwandte aufsteigender Linie, für die eine Rente festgesetzt werden mußte. Interessant sind noch einige Verhältniszahlen. Von der Gesamtausgabe entfielen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften auf einen Versicherten 16,66 M., auf einen gemeldeten Unfall 305,69 M. Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften waren dies 2,43 bezw. 341,11 M. Die Verwaltungskosten betrugen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften pro Versicherten 1,48 M., pro gemeldeten Unfall 27,25 M., bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 27 Pf. bezw. 38,19 M. Bei den einzelnen Berufsgenossenschaften schwanken diese Ausgabeposten sehr. So betragen beispielsweise die Verwaltungskosten pro Versicherten bei der Berufsgenossenschaft der Schornsteinfegermeister 6,61 M., bei der Seiden-Berufsgenossenschaft aber nur 40 Pf. Die Gesamtausgaben pro 1000 M. der anrechnungsfähigen

Löhne erhöhte sich bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften von 14,10 M. im Jahre 1913 auf 15,89 M. im Jahre 1914.

Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung im Jahre 1914.

Auf Grund der Nachweisungen über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten für das Geschäftsjahr 1914 (vgl. Amtl. Nachr. des RVA., Heft 1, 1915) läßt sich über die Durchführung der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung im Jahre 1914 folgendes mitteilen. Die Organisation der Versicherung blieb unverändert. Bei den 31 Landesversicherungs- und 10 Sonderanstalten waren Ende des Jahres 1914 vorhanden 352 Mitglieder der Vorstände, 64 Hilfsarbeiter der Vorstände, 3173 im Kassen-, Bureau- und Kanzleidienst beschäftigte Personen, 486 Ueberwachungsbeamte, 630 Mitglieder der Ausschüsse (davon je die Hälfte Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten), 2353 in Heilstätten, Genesungsheimen, Invalidenhäusern und Waisenhäusern beschäftigte Personen. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl dieser beruflich im Dienste der Versicherung tätigen Personen nur um wenige vermehrt. Die Zahl der selbständigen, von den Versicherungsträgern errichteten Markenverkaufsstellen betrug 1835. Davon entfallen allein 600 auf die Versicherungsanstalt Rheinprovinz.

Die Zahl der gemäß §§ 1447 bis 1456 RVO. mit der Einziehung der Beiträge beauftragten Stellen betrug 4290. Darunter befanden sich 2758 Krankenkassen. Im Kgr. Sachsen sind 1181, in der Rheinprovinz 479, in Thüringen 309 Krankenkassen mit der Beitragserhebung und Markenverwendung betraut. Im Jahre 1914 gingen insgesamt 11 798 922 aufgerechnete Quittungskarten bei den Versicherungsträgern ein. Darunter befanden sich 41 080 für die Selbstversicherung. Die Nr. 1 trugen 1 305 301 Karten, darunter 3790 für Selbstversicherung. Diese Karten mit der Nr. 1 stellen die Versicherten dar, die jährlich der Versicherung neu beitreten.

Im Jahre 1914 sind bei allen Versicherungsträgern neu festgesetzt worden:

Invalidenrenten	130 018
Krankenrenten	11 998
Altersrenten	10 828
Witwen- (Witwer-)renten	9 836
Witwenkrankenrenten	386
Waisenrenten (für Waisenstämme)	30 240
Witwengelder	10 271
Waisenaussteuern	887
Zusatzrenten	29
Nachträgliche Beitragserstattungen bei Heirats-, Todes- und Betriebsunfällen	18

Im Vorjahre 1913 wurden 134 159 Invalidenrenten, 11 806 Krankenrenten, 11 906 Altersrenten, 8474 Witwenrenten, 25 919 Waisenrenten usw. festgesetzt. Es ergibt sich hieraus bei den Invaliden- und Altersrenten eine wesentliche Abnahme der Festsetzungen.

Der Gesamterlös aus den Beiträgen betrug 267 208 868 M. Davon entfallen auf die Zusatzmarken zu 1 M. insgesamt 28 915 M. Der Gesamterlös ist gegen das Vorjahr um 21 216 962 M. oder 8,1 Prozent zurück gegangen. Die Zahl der im Berichtsjahr vereinnahmten Wochenbeiträge betrug 739 651 262 M. Das sind rund 75 000 000 M. weniger als im Jahre 1913. Die eingehobenen Wochenbeiträge verteilen sich auf die einzelnen Lohnklassen wie folgt: Klasse I: 50 124 457, Klasse II: 132 871 099, Klasse III: 180 496 566, Klasse IV: 122 716 906, Klasse V: 253 442 234. Wie sich bei den Versicherungsanstalten im Laufe der Zeit die Verteilung der Wochenbeiträge auf die einzelnen Lohnklassen verschoben hat, zeigt folgende Zusammenstellung. Von 1000 vereinnahmten Wochenbeiträgen (Stückzahl) entfielen auf die Lohnklasse:

	Klasse:				
Jahr	I	II	III	IV	V
1891	253	384	217	146	—
1900	189	342	238	158	73
1905	133	305	250	178	134
1910	91	241	259	177	232
1913	78	209	257	164	292
1914	72	194	257	160	317

Es hat demnach fortgesetzt eine Verschiebung nach den höheren Klassen, insbesondere nach der höchsten Klasse, stattgefunden. Die durchschnittliche Höhe des Wochenbeitrags stellte sich im Jahre 1891 auf 20,81 Pf., 1900 auf 22,55 Pf., 1910 auf 25,86 Pf. 1914 auf 35,50 Pf. Eine wesentliche Veränderung brachte hier die Erhöhung der Beiträge durch die Einführung der Reichsversicherungsverordnung. Die Einnahme aus Nutzungen von Grundstücks- und baulichen Anlagen und von der beweglichen Einrichtung hat im Jahre 1914 insgesamt 3 098 516 M. betragen. An Zinsen von den Vermögensbeständen gingen 72 735 872 M. ein.

Die Zahlungen an Renten betrugen insgesamt 199 572 354 M. Hiervon beträgt der Anteil der Versicherungsanstalten 138 065 736 M., der Anteil des Reiches (Reichszuschuß) 61 506 618 M. Für einmalige Leistungen wurden 789 156 M. ausgegeben. Hiervon beträgt der Anteil des Reiches 509 383 M. Gegen das Vorjahr wurden an Renten mehr gezahlt 11 710 523 M. und an einmaligen Leistungen 169 270 M. Die Zahlungen für Invalidenrenten haben im Jahre 1914 gegen das Vorjahr um mehr als 9 Millionen Mark zugenommen, die Zahlungen für Krankenrenten um etwa 360 000 M. Dagegen sind an Altersrenten über 400 000 M. weniger gezahlt worden. Bei den Invalidenrenten sind in mehr als 27 000 Fällen, bei den Krankenrenten in mehr als 4800 Fällen Kinderzuschüsse (§ 1291 RVO.) gewährt worden. An Hinterbliebenenrenten wurden im Jahre 1914 annähernd 6 Millionen Mark gezahlt, davon entfielen fast $4\frac{1}{2}$ Mill. Mark auf Waisenrenten.

Für das Heilverfahren sind von allen Versicherungsträgern zusammen 30 320 330 M. aufgewendet worden. Von den Krankenkassen und den Trägern der Unfallversicherung sind 7 274 560 M. erstattet worden. An Angehörige der in Heilbehandlung genommenen Personen sind als Hausgeld (§§ 1271, 1305 RVO.) 2 675 574 M. gezahlt worden. Für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten und zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung gemäß § 1274 RVO. wurden im ganzen 1 476 976 M. ausgegeben. Außerdem wurden insgesamt 7 835 082 M. für Kriegswohlfahrtspflege aufgewendet, davon allein 7 337 306 M. von den Versicherungsanstalten.

Von der Invalidenhauspflege (§ 1277 RVO.) wurde im Jahre 1914 von 29 Versicherungs-

trägern Gebrauch gemacht. Es wurden hierfür 2 111 681 M. verausgabt. Durch Einbehaltung der Renten wurden 613 376 M. erstattet und durch Ersatzleistungen und Zuschüsse ersetzt, so daß den Versicherungsträgern aus der Durchführung der Invalidenhauspflege eine endgültige Ausgabe von 1 365 907 M. erwachsen ist. Von den einzelnen Versicherungsanstalten wendete Berlin den höchsten Betrag für das Heilverfahren mit 3 634 197 M. auf. Niederbayern gab nur 127 039 M. dafür aus. Für Waisenhauspflege wurden von acht Versicherungsanstalten 100 025 M. aufgewendet. Da hiezu 2645 M. an Waisenrenten und sonstigen Zuschüssen verwendet wurden, belief sich die Reinausgabe auf 97 380 M. Die Mehrleistungen auf Grund des § 1400 RVO. betrugen bei den Versicherungsanstalten 1 699 108 M. Es sind dies vom Bundesrat genehmigte, über die in § 1271 RVO. vorgeschriebene Höhe hinausgehende Aufwendungen für Angehörige der in Heilbehandlung genommenen Versicherten. Die entsprechenden Mehrleistungen der Sonderanstalten beliefen sich auf 160 604 M. Am höchsten sind diese Mehrleistungen bei der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz mit 542 417 M.

Die allgemeine Verwaltung erforderte bei allen Versicherungsträgern die Summe von 15 945 836 M. Auf 1000 M. der Gesamteinnahmen entfallen bei allen Versicherungsträgern 70 M. auf die Verwaltung. Im Jahre 1900 waren es nur 64 M. Für Erhebungen bei Gewährung oder Entziehung von Renten oder sonstigen Leistungen wurden 2 022 893 M. aufgewendet. Für das Berufungs-, Revisions- und Beschwerdeverfahren bei den Versicherungsbehörden wurden 449 054 M. ausgegeben. Das Beitragseinziehungsverfahren und die Ueberwachung der Beitragsentrichtung kostete 5 738 874 M. An sonstigen Ausgaben werden 206 053 M. aufgeführt.

Der Gesamteinnahme bei allen Versicherungsträgern von 343 390 985 M. stehen Ausgaben von 196 410 405 M. gegenüber, sodaß der Vermögenszuwachs 146 980 580 M. betrug. Im Jahre 1913 betrug er 176 396 231 M. Am erheblichsten war dieser Vermögenszuwachs bei der Landesversicherungsanstalt Kgr. Sachsen mit 15 589 541 M. Das Reinvermögen am Schlusse des Jahres 1914 wird bei den Versicherungsanstalten mit 2 051 878 744 M., bei den Sonderanstalten mit 200 593 386 M. angegeben. Nur fünf von den 41 Versicherungsträgern hatten am Schlusse des Jahres 1914 keinen Grundbesitz nachgewiesen.

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei den Kriegsteilnehmern.

Einen beachtenswerten Beitrag zu dieser wichtigen Frage enthält ein Aufsatz des Landesrats Dr. Brunn in Berlin in der Zeitschrift „Die Kriegsbeschädigtenfürsorge" (Heft 5). Wir heben daraus auszugsweise folgendes hervor:

„§ 1274 der Reichsversicherungsordnung bietet die gesetzliche Handhabe, Mittel für allgemeine Wohlfahrtszwecke mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts zu verwenden. Nachdem Vertreter der Versicherungsanstalten gemeinsam mit dem Präsidenten des Reichsversicherungsamts an Ort und Stelle an der West- und Ostfront die einschlägigen Verhältnisse studiert und mit den Vertretern der Militär-Medizinalbehörde besprochen haben, wurden in einer gemeinsamen Konferenz aller Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten die allgemeinen Grundsätze, unter denen die Mitwirkung dieser Versicherungsträger sich vollziehen soll, vereinbart. Die Militärverwaltung wird über jeden Soldaten, der während der Kriegsdienstleistung eine Geschlechtskrankheit durchgemacht hat, auf vereinbartem Formular eine Mitteilung an die für den Wohnort zuständige Versicherungsanstalt machen, vorausgesetzt, daß der Soldat damit einverstanden ist. Dem Verlangen der Versicherungsträger, von der Einverständniserklärung der Soldaten abzusehen, glaubte die Militärverwaltung zunächst nicht entsprechen zu sollen. Es waren hier zuerst juristische Bedenken vorhanden, ob mit Rücksicht auf den Schutz des ärztlichen Berufsgeheimnisses die Mitteilungen ohne Einwilligung des Kranken zulässig sind. Diese Bedenken, die sich auf § 300 des Reichsstrafgesetzbuches stützen, dürften kaum durchgreifen; denn abgesehen davon daß nicht der Arzt, sondern seine vorgesetzte Dienstbehörde die Mitteilung macht, will § 300 auch nur die unbefugte Offenbarung verhindern. Eine Mitteilung an die zur öffentlichen Fürsorge berufene Behörde, um ihr die Ausübung der ihr gesetzlich obliegenden Aufgaben zu ermöglichen, kann nicht als unbefugt angesehen werden. Offenbar entspricht dies auch der Anschauung des Reichsgerichts. (Entsch. in Strafsachen Bd. 38, S. 62.) Stärker als diese juristischen Bedenken fiel aber bei der Militärverwaltung die Befürchtung ins Gewicht, durch die Mitteilung ohne Einverständniserklärung des Soldaten könnte das Vertrauensverhältnis zwischen Militärarzt und Soldaten, das sie berechtigterweise zu erhalten trachtet, leiden. Die Einverständniserklärung soll durch ernste wohlmeinende ärztliche Belehrung angestrebt werden. Gleichzeitig wird an die zur Entlassung kommenden Soldaten ein gedruckter „guter Rat" verteilt, der sie auf das Eingreifen der Versicherungsanstalt hinweist und sie dringend ermahnt, im eigenen Interesse der Vorladung zur Untersuchung zu folgen.

Die Tätigkeit der Versicherungsanstalt soll sich nach den oben erwähnten gemeinsam vereinbarten Leitsätzen so gestalten, daß jede Anstalt in ihrem Bezirk ein oder mehrere Beratungsstellen einrichtet. Aufgabe dieser Beratungsstelle ist es, durch ärztliche Untersuchung in bestimmten Zeiträumen festzustellen, ob Rückfälle eingetreten oder zu erwarten sind und ob die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung besteht. Für den allgemeine Praxis treibenden Arzt ist die Anwendung der modernen Untersuchungsmethoden (z. B. mikroskopische Untersuchung, Wassermann'sche Blutprobe) zu umständlich, vielfach wird er diese Methoden auch nicht beherrschen; deshalb ist die Einrichtung einer Beratungsstelle erforderlich. Behandelt wird in der Beratungsstelle grundsätzlich nicht. Die Behandlung soll vielmehr durch die Krankenkassen erfolgen, oder die Versicherungsanstalt läßt sie, wenn der Kranke sich nicht an die Kasse wenden will oder keiner Kasse angehört, selbst durchführen. Die Kosten der Einrichtung und Unterhaltung der Beratungsstelle sowie die notwendigen Reisekosten des Kranken, um sich zur Untersuchung einzufinden, trägt die Versicherungsanstalt.

Wenn die Versicherungsanstalt sich dauernd nur auf die früheren Kriegsteilnehmer beschränken würde, so würde in absehbarer Zeit die Aufgabe der Beratungsstellen erfüllt und ihr Weiterbestehen nicht notwendig sein. Die Versicherungsanstalten wollen aber mit ihren Maßnahmen mehr erreichen, als nur die Beseitigung eines durch den Krieg mitverursachten Notstandes. Sie wollen

damit die energische Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Bevölkerung überhaupt in die Hand nehmen. Deshalb ist von vornherein geplant, die Tätigkeit der Beratungsstelle später nicht auf frühere Kriegsteilnehmer zu beschränken, sondern sie auf die gesamte versicherungspflichtige Bevölkerung und die diesen sozial nahestehenden Kreise auszudehnen, insbesondere auf die Familien der erkrankten Personen.

Sollten die in Aussicht genommenen Maßnahmen erhofften Erfolg haben, so ist in erster Linie notwendig, daß der Kranke selbst ausreichendes Verständnis für diese Fürsorge mitbringt. In den weitesten Kreisen der Bevölkerung muß das Bewußtsein von der Gefährlichkeit der Geschlechtskrankheiten nicht bloß für den Erkrankten selbst, sondern auch für Frau und Kinder, sowie von der Notwendigkeit sachgemäßer ärztlicher Behandlung sich verbreiten. Deshalb ist bei den Vorberatungen auf die dauernde Beeinflussung der Menge durch die Tages- und Fachpresse großes Gewicht gelegt worden. Für diese Aufklärungsarbeit, die auch die Warnung vor dem Kurpfuschertum nicht außer acht lassen darf, haben die verschiedenen Organisationen der Kaufleute, Angestellten, Arbeiter aller Richtungen ihre Mitwirkung bereitwillig zugesagt. Die Versicherungsträger haben außerdem in einer Resolution, die dem Reichsamt des Innern zugehen soll, die Notwendigkeit der völligen Unterdrückung des Kurpfuschertums bei der Behandlung der Geschlechtskrankheiten betont."

Kapitalabfindung als Kriegsversorgung.

Dem Reichstag ist folgender Gesetzentwurf zugegangen:

§ 1. Personen, die aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges auf Grund des Mannschaftsversorgungsgesetzes und des Militärhinterbliebenengesetzes Anspruch auf Kriegsversorgung haben, können auf ihren Antrag zum Erwerb oder zur Festigung eigenen Grundbesitzes nach Maßgabe der folgenden Vorschriften durch Zahlung eines Kapitals abgefunden werden. Ueber den Antrag entscheidet die oberste Militärverwaltungsbehörde.

§ 2. Eine Kapitalabfindung kann bewilligt werden, wenn: 1. die Versorgungsberechtigten das 21. Lebensjahr vollendet und das 55. Lebensjahr noch nicht zurückgelegt haben, 2. der Versorgungsanspruch anerkannt ist, 3. nach Art des Versorgungsgrundes ein späterer Wegfall der Kriegsversorgung nicht zu erwarten ist, 4. für eine nützliche Verwendung des Geldes Gewähr besteht.

§ 3. Die Kapitalabfindung kann umfassen: Die Kriegszulage, die Verstümmelungszulage und die Tropenzulage in Höhe der Kriegszulage sowie die auf Grund des Militärhinterbliebenengesetzes vom 17. Mai 1907 zustehenden Bezüge für die Witwe eines Feldwebels, Vizefeldwebels, Sergeanten mit der Löhnung eines Vizefeldwebels oder eines Zugführers der freiwilligen Kriegskrankenpflege bis zur Höhe von 300 Mark, für die Witwe eines Sergeanten, Unteroffizieres, Zugführerstellvertreters oder Sektionsführers der freiwilligen Kriegskrankenpflege bis zur Höhe von 250 Mark, für die Witwe eines Gemeinen oder einer jeden anderen Person des Unterpersonals der freiwilligen Kriegskrankenpflege bis zur Höhe von 200 Mark. Die Abfindung kann auf einen Teilbetrag dieser Versorgungsgebührnisse beschränkt werden.

§ 4. Für die Berechnung der Abfindungssumme ist das Lebensjahr maßgebend, das der Antragsteller zur Zeit der Bewilligung der Abfindung vollendet hat. Der Anspruch auf die Gebührnisse, an deren Stelle die Kapitalabfindung tritt, erlischt mit dem Ersten des auf die Auszahlung der Abfindungssumme folgenden Monats. Auf die Abfindungssumme sind die in demselben Lebensjahre bezogenen, bei der Abfindung berücksichtigten Versorgungsgebührnisse anzurechnen.

Als Abfindungssumme ist unter Berücksichtigung des Lebensalters das aus der nachstehenden Aufstellung ersichtliche Vielfache der Versorgungsgebührnisse zu zahlen, und zwar bei vollendetem 21. Lebensjahre das 16fache, beim 22. das 15¾fache, beim 23. das 15½fache, beim 24. das 15¼fache, beim 25. das 15fache, beim 26. das 14¾fache, beim 27. das 14½fache, beim 28. das 14¼fache, beim 29. das 14fache, beim 30. das 13¾fache, beim 31. das 13½fache, beim 32. das 13¼fache, beim 33. das 13fache, beim 34. das 12¾fache, beim 35. das 12½fache, beim 36. das 12¼fache, beim 37. das 12fache, beim 38. das 11¾fache, beim 39. das 11½fache, beim 40. das 11¼fache, beim 41. das 11fache, beim 42. das 10¾fache, beim 43. das 10½fache, beim 44. das 10¼fache, beim 45. das 10fache, beim 46. das 9¾fache, beim 47. das 9½fache, beim 48. das 9¼fache, beim 49. das 9fache, beim 50. das 8¾fache, beim 51. das 8½fache, beim 52. das 8¼fache, beim 53. das 8fache, beim 54. das 7¾fache, beim 55. das 7½fache des Jahresbetrages der betreffenden Bezüge oder eines Teiles derselben.

§ 6. Schließt eine abgefundene Witwe eine weitere Ehe, so ist die Abfindungssumme binnen 3 Monaten nach der Eheschließung insoweit zurückzuzahlen, als sie den Gesamtbetrag der bei ihrer Festsetzung berücksichtigten und bis zu ihrer Wiederverheiratung fällig gewesenen Versorgungsgebührnisse übersteigt. Zur Sicherung der Rückzahlung kann die Eintragung in einer Sicherungshypothek oder einer anderen Sicherheit gefordert werden. Liegen besondere Umstände vor, so kann von der Rückzahlung ganz oder teilweise abgesehen werden.

§ 7. Die Abfindungssumme ist auf Erfordern insoweit zurückzuzahlen, als sie nicht innerhalb einer von der obersten Militärverwaltungsbehörde bemessenen Frist bestimmungsgemäß verwendet ist.

§ 8. Aus der Bewilligung der Abfindung kann nicht auf Auszahlung geklagt werden. Innerhalb der im § 7 vorgesehenen Frist ist ein der ausgezahlten Abfindungssumme gleichkommender Geldbetrag der Pfändung nicht unterworfen, sofern der Schuldner nachweist, daß die Frist noch nicht abgelaufen ist. Wegen des Anspruchs des Militärfiskus auf Rückzahlung einer Kapitalabfindung ist die Pfändung von Versorgungsgebührnissen ohne Beschränkung zulässig, jedoch sind die für das Gnadenvierteljahr an Hinterbliebene zu zahlenden Versorgungsgebührnisse der Pfändung nicht unterworfen. —

Aus der Begründung: Das vorliegende Gesetz enthält eine der Maßnahmen, die dazu dienen sollen, die Schäden, die der Krieg den Heeresangehörigen und ihren Hinterbliebenen zugefügt hat, zu mildern; es entspringt dem Gefühle der Dankbarkeit des deutschen Volkes gegen seine mit bewunderungswürdiger Tapferkeit und Ausdauer kämpfenden Truppen.

Der Grundsatz der Gewährung fortlaufender Versorgung hat sich allgemein bewährt und soll auch in Zukunft aufrechterhalten bleiben. Der Krieg hat jedoch Verhältnisse geschaffen, die eine derartige Versorgung als nicht in allen Fällen ausreichend und zweckentsprechend erscheinen lassen. So muß mit Rücksicht auf die Volkswirtschaft und Gesundheitspflege angestrebt werden, den Kriegsteilnehmern und ihren Witwen die Möglichkeit zu geben, mit Hilfe eines Kapitals sich auf eigener Scholle ansässig zu machen oder vorhandenes Besitztum zu erhalten.

Die Ansiedlung und Seßhaftmachung in diesem Sinne soll nicht nur den Erwerb oder die Gründung landwirtschaftlicher oder gärtnerischer Betriebe, sondern auch das städtische Heimstättenwesen umfassen. Die ersteren werden vornehmlich für Angehörige landwirtschaftlicher, die letzteren für Angehörige aller Berufe in Betracht kommen. Auf die Besitzform, unter welcher der Abfindungsberechtigte den Grundbesitz erwirbt, kommt es nicht an, vielmehr sollen unter die Bestimmung das § 1 auch die Form des Rentenguts, der Erbpacht und des Erbbaurechts sowie diejenigen Besitzformen fallen, welche für die Befestigung kleinerer landwirtschaftlicher oder gärtnerischer Besitzungen landesgesetzlich bestehen oder künftig geschaffen werden. Ebenso wird in besonders geeigneten Fällen der Grunderwerb durch Beitritt zu einer gemeinnützigen Bau- oder Wohnungsgenossenschaft als genügend erachtet werden können. Unter Festigung eigenen Grundbesitzes sollen alle Maßregeln verstanden werden, die geeignet sind, einen vorhandenen Besitz und die Gelegenheit zu ländlicher Arbeit nicht nur den zu Versorgenden selbst, sondern auch ihren Angehörigen zu erhalten und zu stärken. Dazu werden zu rechnen sein: die Abstoßung von Schulden oder die sonstige Verbesserung der Schuldverhältnisse, der Ausbau oder die Wiederherstellung von Gebäuden, die Vergrößerung leistungsfähigen Besitzes durch Neuerwerbungen, die Vervollständigung landwirtschaftlichen Inventars usw. Die gleichen Gesichtspunkte kommen auch für die Witwen in Betracht, deren Ehemänner den Tod für das Vaterland erlitten haben. Zahlreiche Witwen gefallener Landwirte, von Kleinbauern und ländlichen Arbeitern, sind ohne Gewährung eines entsprechenden Kapitals zur Entschuldung oder zur Erhaltung des Besitzes nicht mehr imstande und werden gezwungen sein, ihren Besitz aufzugeben.

Der Kreis der für dieses Gesetz in Betracht kommenden Personen bestimmt sich durch das Recht auf Kriegsversorgung nach dem Mannschaftsversorgungsgesetz 1906. Insoweit diese Personen berechtigt sein würden, kommen auch deren Witwen für die Abfindung in Betracht.

Es liegt im Interesse der Versorgungsberechtigten, der Kapitalabfindung nur die Zulagen zugrunde zu legen, damit ihnen bei etwaigem Verluste des Kapitals noch Barmittel für den täglichen Lebensunterhalt zur Verfügung stehen. Aus demselben Grunde wird auch für die Witwen nur die Hälfte der ihnen zustehenden Kriegsversorgungsgebührnisse der Kapitalabfindung zugrunde gelegt.

Die fortlaufende Rente als Kapitalabfindung zu gewähren, ist auch um deswillen nicht vorteilhaft, weil sie auf dem Grade der Erwerbsunfähigkeit beruht und dieser erfahrungsgemäß wesentlichen Schwankungen ausgesetzt ist. Eine Kapitalabfindung an Stelle der Rente würde auch zu einer großen Härte besonders in den Fällen führen, in denen mit fortschreitendem Alter oder nach Art des Leidens eine Verschlimmerung des Körperzustandes höchstwahrscheinlich ist, aber eine Rentenerhöhung wegen der bereits stattgefundenen Kapitalabfindung ausgeschlossen wäre.

Ist aber von vornherein eine wesentliche Besserung bis zur Wiederherstellung völliger Erwerbsfähigkeit zu erwarten, so würde durch Gewährung einer Kapitalabfindung für die nicht durch den Krieg beschädigten Rentenempfänger, die hinsichtlich ihres Anspruchs auf Rente nach denselben Grundsätzen beurteilt werden müssen, eine Benachteiligung entstehen, auch würde die auf Grund der erstmaligen Versorgung berechnete Kapitalabfindung eine große Begünstigung darstellen.

Eine Hygiene-Ausstellung in Brüssel

hat nach einer Mitteilung der „Voss. Ztg." der Generalgouverneur von Belgien in einem Schreiben an das Reichsversicherungsamt angeregt. Die Ausstellung soll Mitte dieses Jahres stattfinden und das Wesen und Wirken der deutschen Arbeiterversicherung, sowie die auf dem Gebiete zur Bekämpfung der Volksseuchen bisher gemachten Erfahrungen zur Anschauung bringen. Das Nähere wird demnächst in Brüssel vereinbart werden. Das Unternehmen, das voraussichtlich aus Mitteln des Generalgouvernements bestritten werden wird, ist in ähnlicher Weise gedacht, wie die Internationale Hygieneausstellung in Dresden. Die wichtigeren Ergebnisse der deutschen Arbeiterversicherung sollen auch in vlämischer und in französischer Sprache dargestellt werden.

Pflege der Versicherungswissenschaft an der Universität Leipzig.

Das Institut für Versicherungswissenschaft an der Universität Leipzig zeigt für das Sommer-Halbjahr 1916 folgende Vorlesungen, Kurse und Uebungen an:

I. Soziale Versicherung: 1. Privatdozent Dr. Jacobi: Recht der Arbeiter- und Angestelltenversicherung, Montag und Donnerstag 12—1 Uhr, privatim. — 2. Geheimrat Prof. Dr. Hoffmann: Soziale Medizin des Versicherungswesens, Dienstag und Freitag 3—4 Uhr, privatim.

II. Private Versicherung: 1. Direktor Dr. Bischoff: Kulturaufgaben des Versicherungswesens, (Stunde wird später festgesetzt), unentgeltlich. — 2. Direktor Dr. Hoeckner: Versicherungsrechnung, Dienstag und Donnerstag 6—7 Uhr nachm., privatim; sowie Uebungen über Versicherungsrechnung, Montag 8—9 Uhr vorm., privatissime und gratis. — 3. Assistent Dr. Lübstorff: Landwirtschaftliches Versicherungswesen (Hagel- und Viehversicherung), Mittwoch und Sonnabend 9—10 Uhr vorm., privatim; sowie Uebungen zur Einführung in die Versicherungswissenschaft, Sonnabend 8—9 Uhr vorm., privatissime und gratis.

III. Gemeinschaftliche versicherungswissenschaftliche Uebungen, geleitet von Geheimrat Prof. Dr. Ehrenberg, Geheimrat Prof. Dr. Stieda, Privatdozent Dr. Jacobi, Direktor Dr. Hoeckner und Oberregierungsrat Dr. Fischer (Oberversicherungsamt Chemnitz), Montag 5—7 Uhr, privatissime und gratis.

Das ärztliche Berufsgeheimnis.

Sowohl die Krankenkassen wie die Kassenärzte verweigern grundsätzlich eine direkte Auskunftserteilung über die betreffenden Krankheitsfragen von seiten der Arbeitgeber. Wie dies Prinzip von Großunternehmungen umgangen werden kann, zeigte eine Aufsehen erregende Erklärung, die der Kassenarzt Dr. G. in der letzten Sitzung der 1. Kammer des Berliner Kaufmannsgerichts abgab. Die in dem betreffenden Prozeß verklagte Gesellschaft hielt sich einen Vertrauensarzt, die erkrankte Gehilfin begab sich aber zum Kassenarzt Dr. G. in Behandlung. Dieser erklärte, wenn der Vertrauensarzt näheres über Art und Stand der Krankheit der Patientin wissen wollte, so hätte er ihn direkt anfragen sollen. „Ihm als Kollegen hätte er die Auskunft nicht vorenthalten." Es ist mehr als fraglich, ob das ärztliche Ehrengericht ein derartiges Verfahren gutheißen würde. Jedenfalls läuft eine die Krankheit betreffende Auskunft an den im Dienste einer Gesellschaft stehenden Vertrauensarzt auf eine Lockerung des ärztlichen Berufsgeheimnisses aus, was zu einer Erschütterung des Vertrauens der Kassenpatienten zu den Aerzten führen müßte.

(„Deutscher Kurier".)

Betriebsunfall während einer Bittprozession.

Eine Dienstmagd Ph. S. aus Bachern nahm auf Geheiß ihres Dienstherrn an einer Bittprozession teil; auf dem Rückweg von Mering nach Ried kam die Prozession in ein Gewitter, ein Blitzstrahl schlug in unmittelbarer Nähe der S., die davon betäubt wurde, in eine Telephonleitung. Acht Wochen später mußte die Magd sich wegen Gelenksentzündung in ärztliche Behandlung begeben. Sie führt die Erkrankung auf den Blitzschlag zurück und erhob Unfallentschädigungsansprüche mit der Begründung, daß ein Betriebsunfall vorliege. Die Berufsgenossenschaft lehnte den Entschädigungsanspruch ab, das Oberversicherungsamt Augsburg hob aber diesen Bescheid auf und verpflichtete die Berufsgenossenschaft, die körperliche Schädigung der Magd als landwirtschaftlichen Unfall anzuerkennen, die Kosten der Heilbehandlung zu tragen, bis zur prozentualen Festsetzung der Rente der Berufsklägerin eine vorläufige Rente von 50 % der Vollrente zu gewähren und die der Berufsklägerin erwachsenen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Das Oberversicherungsamt bezeichnete die Beteiligung am Bittgang als landwirtschaftliche Betriebstätigkeit, da der Umzug die Erflehung von Erntesegen bezweckt und die katholische Bevölkerung sich nicht nur im Gewissen, sondern auch im Interesse der Erzielung wirtschaftlicher Werte zur Beteiligung an dem Umzug verpflichtet hält. Auch wenn die Beteiligung am Bittgang als landwirtschaftliche Betriebstätigkeit nicht aufzufassen wäre, könnte die Berufungsklägerin Unfallversicherungsschutz aus § 924 RVO. unter dem Gesichtspunkt „andere Dienstleistungen" in Anspruch nehmen, zu denen sie als Versicherte von dem Betriebsunternehmer auf Grund des Arbeitsverhältnisses herangezogen wurde.

(Münchner Neueste Nachrichten.)

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Beitragsentrichtung in Krankheitszeiten.

I. Für die Entrichtung der Beiträge während der Erkrankung von Angestellten gilt der Grundsatz, daß für denselben Zeitraum, für den Entgelt gewährt wird, auch die gesetzlichen Beiträge zu entrichten sind.

Demnach sind, wenn ein Angestellter während eines Teils eines Monats oder während eines ganzen Monats krank ist, aber seinen Entgelt für den vollen Monat weiterbezieht, die Beiträge der dem Jahresarbeitsverdienst entsprechenden Klasse für den vollen Monat zu entrichten.

Ist ein Angestellter während eines vollen Monats krank, ohne von seinem Arbeitgeber Entgelt zu erhalten, so ist für diese Zeit kein Beitrag zu entrichten.

Ist ein Angestellter während eines Teils eines Monats krank und bezieht er nur für den Rest des Monats Entgelt, so ist für den auf die Krankheit entfallenden Monatsteil kein Beitrag und für den Rest gemäß § 177 des Versicherungsgesetzes für Angestellte acht vom Hundert des gewährten Entgelts zu entrichten.

Wird einem Angestellten Krankengeld auf das Gehalt angerechnet, so sind die Beiträge nach Maßgabe des Restbetrages zu entrichten. Verbleibt kein Restbetrag, so entfällt die Beitragspflicht.

II. Auch ohne Beitragsleistung werden diejenigen Monate,

in denen ein Versicherter wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen,

als Beitragsmonate angerechnet, soweit es sich um die Zulässigkeit der freiwilligen Weiterversicherung und um die Aufrechterhaltung der Anwartschaft handelt, vorausgesetzt, daß vorher bereits mindestens ein Monatsbeitrag geleistet worden ist.

a) Die freiwillige Weiterversicherung ist nämlich zulässig, wenn ein Angestellter aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, nachdem er mindestens sechs Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt hat. Da als Beitragszeiten im Sinne dieser Bestimmung auch die Zeiten einer die Arbeitsunfähigkeit herbeiführenden Krankheit gelten, so kann ein Angestellter, der einen Monatsbeitrag entrichtet hat und dann durch eine Erkrankung arbeitsunfähig wird, nach dem fünften Monat seiner Krankheit sich freiwillig weiterversichern und die Zeiten einer kürzeren, aber ebenfalls die Arbeitsunfähigkeit herbeiführenden Krankheit werden in jene sechs Beitragsmonate eingerechnet, von deren Zurücklegung die Zulässigkeit der freiwilligen Weiterversicherung abhängt.

b) Die durch die Entrichtung von Beiträgen erworbene Anwartschaft auf die Leistungen des Versicherungsgesetzes für Angestellte erlischt im ersten Jahre, in dem Beiträge entrichtet sind, noch nicht, von da ab jedoch dann, wenn innerhalb der zunächstfolgenden zehn Kalenderjahre weniger als acht und nach dieser Zeit weniger als vier Beitragsmonate während eines jeden Kalenderjahres zurückgelegt werden. Da als Beitragszeiten im Sinne dieser Bestimmung auch die Zeiten einer die Arbeitsunfähigkeit herbeiführenden Krankheit gelten, so erlischt die Anwartschaft auf die Leistungen des Versicherungsgesetzes für Angestellte während eines Kalenderjahres, in das eine solche, sich auf mindestens acht Monate erstreckende Krankheit fällt, überhaupt nicht, und die Zeiten einer kürzeren, aber ebenfalls die Arbeitsunfähigkeit herbeiführenden Krankheit werden in jene acht

beziehungsweise vier Monate eingerechnet, die zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft nötig sind.

III. Die Genesungszeit wird der Krankheit gleichgeachtet. Dasselbe gilt für die Dauer von zwei Monaten bei einer Arbeitsunfähigkeit, die durch eine Schwangerschaft oder ein regelmäßig verlaufendes Wochenbett veranlaßt ist.

IV. Nicht angerechnet wird eine Krankheit, die sich der Versicherte vorsätzlich oder bei Begehung eines durch strafgerichtliches Urteil festgestellten Verbrechens oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen hat.

V. Im Gegensatz zu den Ausführungen zu II gelten Krankheitszeiten nicht als Beitragsmonate, soweit es sich um die Zurücklegung der Wartezeit handelt. Ein Angestellter erhält nämlich, auch wenn er das 65. Lebensjahr vollendet hat oder berufsunfähig geworden ist, nicht ohne weiteres Ruhegeld, sondern er muß die Wartezeit erfüllt haben. Ebenso erhalten im Falle seines Todes seine Hinterbliebenen nur dann eine Rente, wenn die Wartezeit erfüllt war. Zum Beispiel muß ein versicherungspflichtiger männlicher Angestellter 120 Beitragsmonate geleistet haben, um einen Anspruch auf Ruhegeld erheben zu können.

VI. Ferner richtet sich die Höhe der gesetzlichen Leistungen nur nach der Höhe der entrichteten Beiträge.

VII. Aus den zu V und VI dargelegten Gründen ist es für die Angestellten von Bedeutung, daß für diejenigen Krankheitszeiten, in denen sie ihren Entgelt weiterbeziehen, gemäß den Ausführungen zu I die gesetzlichen Beiträge entrichtet werden, auch wenn es sich um Krankheitszeiten handelt, die gemäß den zu II—IV mitgeteilten Bestimmungen anrechnungsfähig sind.

VIII. Krankheitszeiten werden nicht in der Versicherungskarte vermerkt. Die gemäß den Ausführungen zu II—IV anrechnungsfähigen Krankheitszeiten werden durch Bescheinigungen nachgewiesen, die von den von der obersten Verwaltungsbehörde bezeichneten Behörden ausgestellt werden. Die Bescheinigungen sind aufzubewahren und der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf Erfordern einzureichen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Haftung für Kassenbeiträge einer G. m. b. H.

1. **Nach Berlin.** Antwort: Es liegt schon im Namen und Wesen der „Gesellschaft mit beschränkter Haftung", daß für ihre Verbindlichkeiten den Gläubigern nur das Gesellschaftsvermögen haftet. Ueberdies ist das in dem Gesetze vom 29. April 1892 in der Fassung vom 10. Mai 1897 (RGBl. 1898 S. 849 ff.) im § 13 ausdrücklich ausgesprochen. Auch die Krankenkasse kann sich daher wegen der rückständigen Beiträge nur an das Gesellschaftsvermögen, nicht aber beim Mangel solchen Vermögens an die Gesellschafter halten.

Kein Anspruch der „Unterstützungskassen" auf die Unfallentschädigung (§ 1506 RVO.).

2. **Nach Frankfurt a. O.** Antwort: Die Berufsgenossenschaft ist im Irrtum. § 1506 RVO. bezieht sich zunächst nur auf die im § 225 bezeichneten Krankenkassen. Dies ergibt sich aus § 1501, wo ausdrücklich der § 225 angezogen ist. Weiterhin sind im § 1528 gewisse Vorschriften, darunter der § 1506 nur noch auf Knappschaftsvereine, Knappschaftskassen und Ersatzkassen für anwendbar erklärt. Auch das bezieht sich übrigens auf Ersatzkassen nur, wenn die Rechte und Pflichten des Versicherten bei der Pflichtkasse ruhen (Entsch. des Reichsversicherungsamts in Arb.-Vers. 1916 Heft 1 S. 13). Für einen Versicherungsverein, der nicht als Ersatzkasse zugelassen ist, gilt hiernach § 1506 schlechthin nicht. Wenn im Kommentar von Düttmann, Anm. 18 zu § 1506, unter Bezugnahme auf Ausführungen in der Begründung zur Reichsversicherungsordnung, allgemeiner von „Unterstützungskassen" die Rede ist, so erklärt sich das dadurch, daß der Entwurf (§ 1508, jetzt § 1528) auch diese neben den Ersatzkassen erwähnte. Der Reichstag hat sie aber aus der Vorschrift ausgeschaltet und hierdurch das frühere Recht (§ 25 GUVG.) geändert.

Aufrechnung zu viel gezahlten Wochengeldes auf das Sterbegeld.

3. **Nach L. in B.** Antwort: Die Kasse ist auf Grund des § 195 RVO. keineswegs verpflichtet, Wochengeld für zwei Wochen vor der Niederkunft zu bewilligen. Vielmehr hat sie — nach Ansicht des Reichsversicherungsamts auch ohne besondere Satzungsvorschrift (vgl. Arb.-Vers. 1915 S. 445) — nur das Recht, für diese Zeit schon Wochengeld zu gewähren. Daß sie von diesem Rechte Gebrauch hat machen wollen, wird man nicht schon allein deswegen annehmen müssen, weil sie bereits bei der Entbindung das Wochengeld für alle 8 Wochen auszahlte. Soll dieses auch für eine vor der Entbindung liegende Zeit gezahlt werden, so muß das besonders zum Ausdruck gebracht werden. Da das in dem geschilderten Falle nicht geschehen ist, so kann die Kasse, nachdem die Wöchnerin vier Wochen nach der Entbindung gestorben ist, das für weitere 4 Wochen gezahlte Wochengeld von dem Sterbegeld in Abzug bringen.

Berechnung der Dauer der Kassenleistungen bei späterem Eintritt von Arbeitsunfähigkeit.

4. **Nach Reppen.** Fragen: a) Eine Arbeiterin war vom 1. Juli bis 1. November 1915 bei uns versichert. Am 13. November 1915 begab sie sich in ärztliche Behandlung wegen einer Unterschenkelwunde, war aber nicht arbeitsunfähig. Wie lange hat sie Anspruch auf die Kassenleistungen, evtl. bis wann Anspruch auf Krankengeld, falls vor Ablauf der 26 Wochen (vom 13. November 1915 ab gerechnet) noch Arbeitsunfähigkeit eintreten würde?

b) Eine andere Arbeiterin — versichert vom 4. Januar bis 22. Januar 1916 — begab sich am 9. Januar 1916 in ärztliche Behandlung wegen Luftröhrenkatarrh. Vom 13. Februar 1916 ab verlangt sie wegen inzwischen eingetretener Arbeitsunfähigkeit Krankengeld. Hat sie darauf Anspruch?

c) Eine Versicherte hat im August 12 Tage Krankengeld bezogen — nach Austritt aus der Beschäftigung — dann wieder 6 Tage im Oktober, war seitdem in ärztlicher Behandlung ohne arbeitsarbeitsunfähig zu sein und verlangt nun im Januar und Februar wieder Krankengeld. Wie lange hat diese Anspruch auf Kassenleistungen und Krankengeld?

Antwort: a) Wenn die Arbeitsunfähigkeit eintritt, ehe 26 Wochen vom Beginn der Krankenpflege abgelaufen waren, so gilt § 183 Abs. 1 Satz 1 RVO. Es ist also Krankengeld für 26 Wochen von dem Beginne des Krankengeldbezuges ab zu gewähren.

b) Der Versicherungsfall ist bei bestehender Mitgliedschaft eingetreten; das nachträgliche Hinzutreten von Arbeitsunfähigkeit stellt nicht etwa einen besonderen Versicherungsfall dar. Daher ist nicht § 214, sondern §§ 182, 183 anzuwenden. Es besteht also Anspruch auf Krankengeld für 26 Wochen.

c) Es besteht ein Anspruch auf Krankengeld für 26 Wochen (§§ 182, 183, 214), beginnend mit dem ersten Bezugstage im Oktober. In diese 26 Wochen ist aber die krankengeldfreie Zeit zwischen dem letzten Bezugstage im Oktober und dem ersten Bezugstage im Januar bis zu 13 Wochen nicht einzurechnen (§ 183 Abs. 1 Satz 2). Genaueres können wir beim Mangel genauer Daten nicht sagen.

a) Prüfung der Jahresrechnung durch einen Rechnungsverständigen. b) Wiedereintritt eines Kriegsteilnehmers in die Krankenkasse.

5. **Nach G.** Frage: a) Nach unserer Satzung hat der Vorstand die von ihm geprüfte Jahresrechnung samt Belegen bis 1. März dem Rechnungsausschuß, der aus 3 Mitgliedern besteht, und demnächst mit den Erinnerungen, die vom Rechnungsausschuß erhoben, aber nicht erledigt sind, dem Ausschuß vorzulegen. Der Ausschuß hat in den Rechnungsausschuß 3 Herren aus seiner Mitte gewählt und diese haben das sehr umfangreiche Rechnungsmaterial des Jahres 1914 eingehend nachgeprüft, gleichzeitig aber beschlossen, in den folgenden Jahren die Rechnung zunächst durch einen Kassenbeamten kalkulatorisch nachprüfen zu lassen. Ausschuß und Vorstand haben sich hiermit einverstanden erklärt. Bei der Wahl des Kalkulators sind sich nun Vorstand und Rechnungsausschuß nicht einig; jeder will für sich das Recht in Anspruch nehmen, den Kalkulator zu bestimmen. Der Vorstand meint, daß es sich nur um eine reine Verwaltungsmaßregel handelt, während der Rechnungsausschuß sich auf den Standpunkt stellt, daß der Vorstand zwar die Nachprüfung vornehmen lassen kann, diese Nachprüfung aber nicht für den Rechnungsausschuß bindend ist, da nicht nur die Rechnungs- und Kassenführung, sondern auch die Geschäftsführung des Vorstandes der Kontrolle des Ausschusses unterliegt. Wer hat den Kalkulator zu bestimmen?

b) Einer Anzahl mit dem 31. Dezember 1913 geschlossener Gemeindekrankenversicherung ist ein Vermögensbestand verblieben, der uns als Sondervermögen mit der Bestimmung überwiesen ist, daß den übergegangenen Mitgliedern ein Zuschlag zum Sterbegeld zu zahlen ist. Ein seinerzeit überwiesener Arbeiter ist ununterbrochen bis 2. August 1914, an welchem Tage er zum Kriegsdienst eingezogen wurde, Mitglied unserer Kasse gewesen. Eine Weiterversicherung ist nicht erfolgt und hatte er daher inzwischen sämtliche Ansprüche an die Kasse verloren. Er ist nun vor Monaten verwundet und Ende Februar 1916 aus dem Militärverhältnis entlassen worden. Vom 1. März ab ist er hier wieder gemeldet. Lebt nun der Anspruch auf den Zuschlag zum Sterbegeld wieder auf oder nicht? Es würde immerhin eine Härte sein, wenn der Anspruch verloren geht, da der Versicherte nur durch die Ausübung seiner vaterländischen Dienste von seiner Beschäftigung abgehalten worden ist.

Antwort: a) Die Abnahme der Jahresrechnung ist Sache des Ausschusses (§ 345 Abs. 2 Ziff. 2 RVO.). Sie setzt eine pflichtmäßige Prüfung durch den Ausschuß oder durch die von ihm beauftragten Personen voraus. Hierbei kann auch eine dem Ausschuß nicht angehörende Person als Sachverständiger (Rechnungsverständiger) zugezogen werden. Immer aber geschieht dies für den Ausschuß, in seinem Auftrage und unter seiner Verantwortung. Daher ist es selbstverständlich, daß der Ausschuß diesen Sachverständigen zu bestimmen hat.

b) Wir meinen, daß der Wiedereintritt eines infolge der Einziehung zum Kriegsdienst eingezogenen Versicherungsberechtigten gemäß § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 oder gemäß § 1 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (Arb.-Vers. 1914 S. 567 und 1915 S. 104) begrifflich ein Wiedereintreten in die früheren Rechte bedeutet und daß daher auch die Anwartschaft auf den Zuschlag zum Sterbegeld wieder wirksam wird.

a) Ausbesserung eines künstlichen Gebisses. b) Leistungsdauer der Kasse bei Gewährung von Plattfußeinlagen usw. c) Ansprüche beurlaubter Kriegsteilnehmer an die Kasse.

6. **Nach B.** Antwort: a) Wenn ein künstliches Gebiß, das ein Versicherter sich vor seinem Eintritt in die Kasse selbst angeschafft hat, schadhaft wird, so ist das keine Erkrankung. Die Kasse hat daher die Kosten der Ausbesserung nicht zu tragen, ganz abgesehen davon, daß es überhaupt von den besonderen Umständen des Falles abhängt, ob Zahnersatzmittel zu den Heilmitteln gehören, welche die Kasse zu gewähren hat.

b) Auch Heilmittel, wie Brillen, Bruchbänder, Plattfußeinlagen usw., braucht die Kasse nur für die im Gesetz (§ 183 RVO.) oder in der Satzung

bestimmte Zeit zu gewähren. Es ist aber zu beachten, daß die Fälle nicht selten so liegen, daß der Versicherte gesund ist, solange er mit dem Heilmittel gehörig versehen ist, und daß er von neuem erkrankt, wenn man es ihm nimmt oder wenn es schadhaft wird, so daß alsdann die Kasse von neuem für ihn einzutreten hätte. Aus diesem Grunde empfiehlt Hahn in Fällen der fraglichen Art eine nachsichtige Handhabung, um erneuten Erkrankungen vorzubeugen (Anm. 5c zu § 182 RVO.). Innerhalb der Unterstützungszeit hat die Kasse selbstverständlich das Heilmittel nicht nur zu gewähren, sondern auch für seine Brauchbarkeit einzustehen, also die notwendigen Kosten einer Ausbesserung oder des Ersatzes zu tragen (a. a. O.).

c) Die Kasse hat an sich dem versicherten Kriegsteilnehmer, wie jedem anderen Mitgliede, die vollen Leistungen aus § 182 RVO. zu gewähren, also auch Krankenpflege. Diese erledigt sich nur tatsächlich, wenn sie von der Militärverwaltung gewährt wird. Wenn aber der Versicherte als Militärurlauber in der Heimat erkrankt, so hat die Kasse selbstverständlich in vollem Umfange für ihn einzutreten, solange nicht die Militärverwaltung die Krankenpflege übernimmt.

Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft (§ 314 RVO.) bei Abkommen über die Zahlungszeit?

Nach C. Antwort: Der Rendant der Kasse war zwar zu dem Abkommen mit dem Arbeitgeber, daß die Beiträge für die freiwilligen Mitglieder in eine Monatsliste eingestellt und diese Listen dem Arbeitgeber zur Berichtigung des Betrages zugestellt werden sollen, nicht befugt; aber wenn die Sache tatsächlich so gehandhabt wurde, so hat dies die Bedeutung eines Herkommens aus dessen Beobachtung den freiwilligen Mitgliedern Rechtsnachteile nicht erwachsen können (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. in Arb.-Vers. 1909 S. 747). Wenn daher gelegentlich durch verspätete Uebersendung der Listen seitens des Rendanten die Zahlungsfrist um einige Tage überschritten worden ist, so wird man dadurch noch nicht die freiwillige Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO. für erloschen erachten können.

a) Der Anspruch Weiterversicherter (§ 313 RVO.) fällt bei Aufenthalt im Auslande nicht fort. b) Form der Beitragsquittung. c) Vollstreckbarkeit der Entscheidungen des Versicherungsamts.

8. Nach C. Antwort: a) Die Entscheidung des Großen Senats über den Wegfall des Anspruchs bei Aufenthalt von Kriegsteilnehmern im Auslande (Arb.-Vers. 1916 S. 43) bezieht sich nur auf den Anspruch Erwerbsloser aus § 214 RVO. und leidet keine Anwendung auf freiwillig Weiterversicherte nach § 313.

b) Ueber Zahlung der Beiträge kann „schriftliche" Quittung verlangt werden (§ 368 BGB.), d. h. eine Quittung mit Unterschrift (§ 126 BGB.). Mit einer nur unterstempelten Urkunde braucht sich der Beitragsschuldner also nicht zu begnügen.

c) Die Entscheidung des Versicherungsamts, welche die Kasse zu einer Leistung verurteilt, ist ohne weiteres kraft Gesetzes vollstreckbar, weil das Rechtsmittel der Berufung keinen Aufschub bewirkt. (§ 130 RVO.) Bestimmungen, wie sie in der Zivilprozeßordnung enthalten sind, wonach die vorläufige Vollstreckung durch Sicherheitsleistung abgewendet oder einstweilen eingestellt werden kann, sieht die Reichsversicherungsordnung nicht vor. Von einer Schadenersatzpflicht des Versicherungsamts lediglich deshalb, weil das Urteil in höherer Instanz abgeändert worden und der inzwischen gezahlte Betrag vom Empfänger nicht wiederzuerlangen ist, kann nicht die Rede sein.

Verfahren, wenn zu den Kassenorganen wählbare Personen nicht vorhanden sind.

9. Nach G. Frage: Wir ersuchen, unter Bezugnahme auf den in der Arb.-Vers. 1916 Heft 7 S. 153 veröffentlichten Ministerialbescheid vom 26. November 1915 um Mitteilung, wie zu verfahren ist, wenn Ergänzungswahlen zu den Kassenorganen nicht vorgenommen werden können, weil der Kasse volljährige Versicherte nicht angehören. Es handelt sich um eine kleine Innungskrankenkasse, deren Ausschußmitglieder und Ersatzmänner entweder zu Kriegsdiensten einberufen oder aus der Kasse ausgeschieden sind.

Antwort: Wenn durch den Wegfall von Organmitgliedern die Beschlußfähigkeit noch nicht berührt ist, kann von Ergänzungswahlen allenfalls abgesehen werden, wie auch in dem Bescheide des Handelsministers hervorgehoben ist. Ist aber das Organ nicht mehr beschlußfähig und kann es wegen Mangel an wählbaren Versicherten nicht ergänzt werden, so ist der Fall so anzusehen, als ob das Organ nicht vorhanden wäre. Für diesen Fall hatte das Krankenversicherungsgesetz im § 45 Abs. 4 dasselbe vorgesehen, wie für den Fall, daß ein Kassenorgan die Erfüllung seiner Obliegenheiten verweigert, nämlich: daß die Aufsichtsbehörde die Befugnisse und Obliegenheiten des betreffenden Organs wahrzunehmen hat. Die Reichsversicherungsordnung trifft eine solche Vorsorge in § 379 Abs. 2 nur für den Fall der Weigerung, und es ist daher im allgemeinen anzunehmen, daß diese Vorschrift nicht gilt, wenn ein beschlußfähiges Organ nicht vorhanden ist (Hahn, Anm. 2c zu § 379). Offenbar ist das Gesetz davon ausgegangen, daß dann eben durch Wahlen und nötigenfalls im Wege des § 379 Abs. 1 Abhilfe zu schaffen ist. An dem Fall, daß solche Abhilfe wegen Mangels wählbarer (oder auch wahlberechtigter) Personen unmöglich ist, hat man nicht gedacht. Deshalb bleibt in diesem besonderen Falle nichts anderes übrig, als die Lücke durch Anwendung der rechtsähnlichen Vorschrift des § 379 Abs. 2 auszufüllen. Das Versicherungsamt muß also die Geschäfte des Kassenorgans so lange wahrnehmen, bis Ergänzungswahlen vollzogen werden können.

Kein Anspruch auf Kassenleistungen bei Absonderung wegen bloßen Krankheitsverdachts.

10. Nach Schwerin i. M. Frage: Unter den Mannschaften der hiesigen Garnison war eine Genickstarrepidemie ausgebrochen. Infolgedessen wurden alle Mannschaften regelmäßig untersucht. Sobald bei ihnen Genickstarrekeime im Speichel gefunden wurden, erfolgte die Internierung. Alle die mit einem solchen Keimträger in Berührung gekommen waren, wurden gleichfalls untersucht und bei vorhandenen Keimen interniert. Um einen solchen Fall handelt es sich anscheinend hier. Wir haben ein großes Interesse an der Ent-

scheidung der Frage, ob wir für diese sogenannten Keimträger Krankenunterstützung zahlen müssen, weil eine ganze Anzahl von Mitgliedern in Frage kommt. Nach unserer Ansicht sind wir dazu nicht verpflichtet, weil die Mitglieder sich garnicht krank fühlen und lediglich im öffentlichen Interesse, um eine Weiterverbreitung der Seuche zu verhüten, im Krankenhause untergebracht sind. Die abgesperrten Soldaten haben z. B. nach wie vor Dienst tun müssen und wurden nur von den anderen abgesondert.

Antwort: Ob die „Keimträger" sich krank fühlen, ist freilich ohne Bedeutung, wenn sie es tatsächlich sind, und sie sind wohl im medizinischen Sinne als krank anzusehen, sobald feststeht, daß sie tatsächlich Krankheitskeime aufgenommen haben. Dagegen liegt im versicherungsrechtlichen Sinne eine Krankheit erst dann vor, wenn eine Maßnahme der Krankenpflege, also der Heilbehandlung notwendig ist oder Arbeitsunfähigkeit besteht. Keine dieser Voraussetzungen besteht, wenn die Keimträger nicht zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit ärztlich behandelt, sondern nur wegen der Gefahr, daß sie andere anstecken könnten, zwangsweise abgesondert werden und nur hierdurch außerstande sind, ihrer Berufstätigkeit nachzugehen. Ein Anspruch auf Kassenleistungen ist daher in solchen Fällen nicht begründet.

Zur Krankenversicherungspflicht der im Grenzüberwachungsdienst angestellten weiblichen Personen.

11. Nach B. a. R. Antwort: Die von der Grenzüberwachungsstelle in Saßnitz beschäftigten Frauen, die zur Untersuchung der weiblichen Reisenden angestellt sind, unterliegen der Krankenversicherungspflicht. Zwar handelt es sich um eine Militärbehörde. Indessen es sind nicht schlechtweg die von einer solchen beschäftigten Personen versicherungsfrei, sondern nur — soweit nicht die Voraussetzungen des § 169 erfüllt sind — Personen des Soldatenstandes.

a) Krankenversicherung russischer Arbeiter. b) Pauschbetrag aus § 80 Abs. 2 RVO. c) Röntgenbestrahlung als ärztliche Behandlung und Heilmittel.

12. M. 50. Antwort: a) Hinsichtlich der Frage, ob „sämtliche" russische Arbeiter während des Krieges nicht versicherungspflichtig sind, verweisen wir auf den Bescheid des Reichsversicherungsamts in Arb.-Vers. 1915 S. 419 und auf unsere Bemerkungen in Arb.-Vers. 1916 Heft 1 S. 23 Ziff. 12. Danach kommt es in jedem Einzelfall auf Maß und Art der Unfreiheit an, welcher die feindlichen Ausländer bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit unterliegen. Können sie im Einzelfalle nicht als „freie" Arbeiter angesehen werden, so liegt ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne der Reichsversicherungsordnung nicht vor, und es muß daher nicht nur ihre Versicherungspflicht, sondern unseres Erachtens auch die Versicherungsberechtigung nach § 176 Ziff. 1 RVO. verneint werden. Dagegen steht der freiwilligen Weiterversicherung nach § 313 RVO. nichts entgegen, weil diese das Weiterbestehen irgend einer Art von „Beschäftigung" nicht voraussetzt, also auch unfreie Personen hierzu befugt sind.

b) Der Pauschbetrag aus § 80 Abs. 2 RVO. ist von der Kasse für jede Spruchsache, an der sie beteiligt ist, zu entrichten, gleichviel ob sie obsiegt oder unterliegt, und ohne Rücksicht darauf, wie hoch oder wie gering der Streitgegenstand ist. Es handelt sich eben nicht um die im einzelnen Fall entstandenen Prozeßkosten, sondern um Beiträge der Versicherungsträger zu den allgemeinen Kosten des Oberversicherungsamts, und die Höhe dieser Beiträge bestimmt sich nach der Zahl der Sachen, an denen der einzelne Versicherungsträger in der Berufungsinstanz beteiligt ist. Der Pauschbetrag mindert sich gegebenenfalls nur um die im § 80 Abs. 4 bezeichneten, besonders auferlegten Verfahrenskosten aus § 1802.

c) Es ist nicht richtig, daß die Röntgenbestrahlungen nur als Heilmittel anzusehen seien, weil der Arzt lediglich die zu bestrahlende Körperfläche bezeichnet, im übrigen aber einem Krankenwärter die Anwendung des im Krankenhause befindlichen Apparates überlassen habe. Der Krankenwärter handelt in solchen Fällen als Gehilfe des Arztes nach dessen Anordnung und unter dessen Verantwortlichkeit. Es liegt deshalb eine ärztliche Behandlung vor, allerdings in Verbindung mit der Anwendung eines Heilmittels, nämlich der mittels des Apparats erzeugten Röntgenstrahlen. In solchem Falle könnte eine Scheidung der auf die ärztliche Behandlung und der auf das Heilmittel entfallenden Kosten in Frage kommen (vgl. Hahn Anm. 5a zu § 182 RVO.), um festzustellen, ob es sich um ein von der Kasse zu gewährendes „kleineres" Heilmittel handelt. Allein im vorliegenden Falle kommt es darauf nicht an. Denn wenn die Gesamtkosten für 6 Bestrahlungen auf 30 M. berechnet sind, so kann ohne weiteres angenommen werden, daß auf das Heilmittel allein weniger als 20 M. entfallen.

Berechnung der 26wöchigen Versicherungsdauer in den Fällen der §§ 214, 313 RVO.

13. Nach B.-C. Antwort: Wenn die §§ 214 und 313 RVO. verlangen, daß die Versicherung mindestens 26 Wochen bestanden haben muß, so müssen diese 26 Wochen auch erfüllt sein, und es würden 25 Wochen und 5 Tage nicht genügen. Indessen Sie berechnen die Versicherungsdauer falsch. Zu dieser gehört jeder Tag, an dem die Versicherung bestand, also sowohl derjenige Tag, an dem die Beschäftigung begann, wie auch der, an dem sie endete. Bei dieser Berechnung kommen aber in dem geschilderten Falle 183 Tage, also 26 Wochen und 1 Tag heraus.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1135 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. Mai 1916 | Heft 13

Fragen der Behördenzuständigkeit in Krankenversicherungssachen.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Die vorliegende Erörterung ist veranlaßt durch den Widerspruch, den Hoffmann im Heft 10 dieses Jahrgangs S. 217 ff. gegen meine Ausführungen im Heft 5 S. 97 ff. erhoben hat; sie greift aber, entsprechend den von meinem Herrn Gegner herangezogenen weiteren Zweifelsfragen und Entscheidungen, über den Ausgangspunkt des Streites hinaus.

I. Rückforderung zu Unrecht gewährter Kassenleistungen.

Meiner Ansicht, daß diese Rückforderung im Streitfalle, als „Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung", wie der Anspruch auf solche Leistungen im Wege der §§ 1636 ff. RVO. anhängig zu machen und zu entscheiden sei, stellt Hoffmann hauptsächlich die Erwägung entgegen: daß der § 1636 im Zusammenhange mit den auf die Feststellung der Leistungen durch die Versicherungsträger bezüglichen §§ 1545, 1551 betrachtet und danach so verstanden werden müsse, daß ein Streit im Sinne des § 1636 nur dadurch entstehen und eingeleitet werden könne, daß der Anspruchsberechtigte einen Antrag auf Gewährung von Leistungen bei der Krankenkasse gestellt und der Vorstand diesen Anspruch abgelehnt oder nicht voll befriedigt hat; durch das dem Streitverfahren vorangehende Antragsverfahren seien die Parteirollen unabänderlich festgelegt, so daß eine Umkehrung dieser Rollen vor den Versicherungsbehörden unzulässig sei. Das mag etwas für sich haben auf den Gebieten der Unfall- und der Invalidenversicherung, wo die Leistungen von den Versicherungsträgern durch schriftlichen, der Rechtskraft fähigen Bescheid festgestellt werden (§§ 1583, 1630, 1631), und zwar bei der Invalidenversicherung auf Antrag (§§ 1545, 1613) bei der Unfallversicherung von Amts wegen, also auch ohne Antrag (§ 1545). Die Notwendigkeit eines schriftlichen Bescheides, den der Anspruchsberechtigte anfechten muß, wenn er ihn nicht rechtskräftig werden lassen will, also die der Unfall- und der Invalidenversicherung eigentümliche Ordnung des Verfahrens, nicht aber das Erfordernis eines Antrags — das ja bei der Unfallversicherung überhaupt nicht besteht — bedingt es, daß der Anspruchsberechtigte im Streitverfahren regelmäßig nur in der Rolle des Klägers auftreten kann.*) Ob daraus mit Notwendigkeit folgt, daß auf diesen beiden Gebieten eine Rückforderung von Versicherungsleistungen im Feststellungs- und Streitverfahren der Reichsversicherungsordnung ausgeschlossen ist, kann hier dahingestellt bleiben (zu vgl. die Bemerkungen hier S. 100 Ziff. 7). Keinesfalls ist eine solche Folgerung aus dem Zusammenhange der

*) Regelmäßig! Daß auch Ausnahmen denkbar sind, dafür sei vor allem auf die §§ 1722 ff. über die Wiederaufnahme des Verfahrens verwiesen.

§§ 1545, 1551 mit § 1636 hinsichtlich der Leistungen aus der Krankenversicherung statthaft. Denn hier hat die im § 1545 vorgesehene „Feststellung" der Leistungen durch die Kasse — wie ich an anderer Stelle näher ausgeführt habe (Mon.Schr. f. Arb.u.Angest.Vers. 1915 Sp. 40, 41) — nicht die Bedeutung einer der Rechtskraft fähigen Entscheidung (vgl. auch Entsch. des RVA. 2151 Amtl. Nachr. 1916 S. 358), sondern nur einer völlig formfreien, keinen der beiden Teile formell bindenden Stellungnahme zu dem Anspruch. Diese Stellungnahme kann auch einfach in der Gewährung der geforderten Leistung zum Ausdruck kommen. In sprechendem Gegensatz zu den für die Träger der beiden anderen Versicherungszweige gegebenen Verfahrensvorschriften (§§ 1568 ff., 1630 ff.) enthält das Gesetz keinerlei Vorschriften für ein „Verfahren" der Kasse aus Anlaß des Antrags auf Leistungen der Krankenversicherung. Selbstverständlich muß auch die Kasse den Antrag zunächst prüfen und nötigenfalls Erhebungen anstellen, aber diese haben nur die Bedeutung pflichtmäßiger Erkundigung („informatorische Bedeutung"), nicht eines geordneten, prozessualen „Antragsverfahrens" und namentlich nicht eines solchen, in welchem dem Versicherten auf der einen und der Kasse auf der anderen Seite eine „Parteirolle" zufiele. Daher kann nicht davon die Rede sein, daß durch das Erfordernis des Antrags auf Kassenleistungen die Parteirollen unabänderlich festgelegt und ihre Umkehrung im Verfahren vor den Versicherungsbehörden ausgeschlossen sei. Vielmehr ergibt sich von selbst, daß dem Versicherten zwar, wenn die Kasse seinen Antrag ganz oder zum Teil ablehnt, die Rolle des Klägers zufällt, daß aber, wenn Streit über den Anspruch erst entsteht, nachdem dem Antrage bereits entsprochen worden ist, die Kasse in der Rolle des Klägers vor den Versicherungsbehörden auftreten muß und kann.

Gegen den Schluß seiner Ausführungen empfiehlt Hoffmann, bei Prüfung der Zuständigkeitsfrage sich grundsätzlich an den Wortlaut des Gesetzes zu halten. Folgerichtig hätte er sich danach meiner Auffassung anschließen müssen, da er meiner Darlegung, daß der Wortlaut des § 1636 seine Anwendung auch auf die Rückforderung zu Unrecht gewährter Kassenleistungen zuläßt, nichts entgegenzusetzen vermocht hat, und da es doch meine Auslegung nicht abschwächen kann, wenn ich überdies noch, unter Berufung auf die Begründung des Entwurfs der RVO. (S. 10) und auf eine andere versicherungsrechtliche Autorität (Hoffmann im Zentr.-Blatt der Reichsversicherung 1916 Sp. 2) dargetan habe, daß die aus dem Wortlaut sich ergebende Auslegung auch dem Geiste der Reichsversicherungsordnung entspricht.

II. Aehnliche und andersartige Fälle.

Ich habe (S. 98, 99) die grundsätzliche Auffassung, daß, wenn für einen Anspruch wegen seiner öffentlich-rechtlichen Natur der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen oder nur bedingt zulässig ist, gleiches auch für die Rückforderung der zu Unrecht gewährten Leistung gelten muß, als die zwar nicht einmütige, aber herrschende bezeichnet und Belege dafür beigebracht. Hoffmann beruft sich (S. 219 Sp. 1) für die gegenteilige Auffassung auf drei Entscheidungen des preußischen Oberverwaltungsgerichts: Während Streitigkeiten zwischen Armenverbänden und Krankenkassen wegen Ersatzes von Armenunterstützung aus den Kassenleistungen in Preußen früher im Verwaltungsstreitverfahren zu entscheiden waren (§ 58 Abs. 2 mit § 57 Abs. 2 KVG.), habe der Gerichtshof dies Verfahren für ausgeschlossen erklärt, wenn eine Kasse den geleisteten Ersatz zurückforderte, weil dem Unterstützten ein Anspruch auf Kassenleistungen nicht zugestanden habe. Zweien dieser Entscheidungen — Arb.-Vers. 1902 S. 411 und 1904 S. 130 — liegt in der Tat ein solcher Tatbestand zu Grunde; aber der Gerichtshof hat sich hier lediglich auf den Standpunkt gestellt, daß es für diese Rückforderung an einer die Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte begründenden Vorschrift fehle, und hat die Frage nicht erwogen, ob nicht die für die Forderung gegebene Verfahrens-

norm nach allgemeinen Grundsätzen und nach dem inneren Grunde der Norm ohne weiteres auch auf die Rückforderung zu beziehen ist, wenn bei gleichbleibendem Tatbestande und gleichbleibender Rechtsfrage nur infolge der irrtümlichen Zahlung eine Umkehrung der Parteirollen stattfindet. Deshalb fehlt diesen Entscheidungen, wie jenen des Reichsversicherungsamts, die Ueberzeugungskraft.

Der dritten der angeführten Entscheidungen aber — Entsch. Bd. 19 S. 343 — liegt ein ganz anderer Tatbestand und eine ganz andere Rechtsfrage zu Grunde, als Hoffmann ihr unterstellt. Hier hatte eine Kasse einen hilfsbedürftigen Versicherten über die Dauer ihrer eigenen Leistungspflicht hinaus im Krankenhause verpflegt und den über ihre Pflicht hinaus bezahlten Kostenbetrag vom Armenverband erstattet verlangt. Das ist keine Rückforderung, bei der es sich nur um einen Tausch der Parteirollen zwischen Kasse und Armenverband handelt. Dem Armenverband ist durch ausdrückliche Gesetzesvorschrift wegen der einem Versicherten gewährten Krankenhilfe ein Ersatzanspruch gegen die Kasse gegeben, der in der aushilfsweisen Natur (Subsidiarität) der Armenpflege seinen gesetzgeberischen Grund hat (§ 57 Abs. 2 KVG., § 1531 RVO.). An einer entsprechenden Vorschrift für den umgekehrten Fall fehlt es durchaus, und ob sich aus irgendwelchen allgemeinen Gesetzen oder Rechtsgrundsätzen (etwa §§ 677 ff., 812 ff. BGB.) herleiten läßt, daß die Kasse, wenn sie ohne eigene Pflicht einen Hilfsbedürftigen unterstützt hat, Ersatz vom Armenverbande verlangen kann, ist eine sehr zweifelhafte Frage, da doch gerade jene Natur (die Subsidiarität) der Armenpflege die Unterstützungspflicht des Armenverbandes auszuschließen scheint, wenn dem Hilfsbedürftigen von anderer Seite — gleichviel ob auf Grund einer Rechtspflicht oder ohne solche — die erforderliche Fürsorge zugewendet wird (zu vgl. Arb.-Vers. 1909 S. 150 Ziff. 4, 457 Ziff. 3, 1910 S. 828 Ziff. 11; Hartmann im Preuß. Verw.Bl. 35 S. 613 ff., auch 36 S. 581 gegen Brons das. S. 506). Jedenfalls aber handelt es sich hierbei um eine ganz andere Frage als die, welche zur Entscheidung steht, wenn der Armenverband von der Kasse Ersatz fordert. Deshalb ist die für diesen letzteren Fall gegebene Zuständigkeitsnorm (§ 58 Abs. 2 KVG., jetzt § 1540 RVO.) in jenem anderen Falle nicht anwendbar.

Von ganz anderer Art wieder ist der Fall der von Hoffmann angezogenen Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts Bd. 40 S. 355 (Arb.-Vers. 1902 S. 28). Wenn im § 58 Abs. 2 KVG. für Streitigkeiten zwischen Kassen über Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen das Verwaltungsstreitverfahren vorgesehen war, wie jetzt im § 224 RVO. das Spruchverfahren, so bezieht sich das auf solche Fälle, in denen die eine Kasse geleistet zu haben behauptet, was der anderen oblag. Leistet diese andere Kasse den Ersatz und fordert sie ihn wieder zurück, weil sich herausgestellt habe, daß nicht sie, sondern doch jene erste Kasse leistungspflichtig gewesen sei, so handelt es sich um einen echten Streit über Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen, nur in der Umkehrung der Parteirollen, so daß § 58 Abs. 2 KVG., jetzt § 224 RVO. zutrifft. So aber lag die Sache im Falle der erwähnten Entscheidung nicht; sondern eine Kasse forderte von einer anderen den ihr erstatteten Betrag deshalb zurück, weil sich herausgestellt hatte, daß der von dieser anderen Kasse Unterstützte überhaupt nicht anspruchsberechtigt, also keine der beiden Kassen leistungspflichtig gewesen war. In solchem Falle liegt ein versicherungsrechtlicher Streit überhaupt nicht vor, sondern es handelt sich um einen rein bürgerlich-rechtlichen Anspruch aus der grundlosen Bereicherung, der vor die ordentlichen Gerichte gehört, auch wenn beide Parteien Krankenkassen sind.

Aehnlich lag der Fall der Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts Bd. 56 S. 388. Die klagende Kasse hatte der aushilfsweise eingetretenen Kasse ihre Aufwendungen nach § 57a KVG. (jetzt §§ 219—222 RVO.) erstattet und forderte den Betrag zurück, weil der Unterstützte überhaupt oder doch jedenfalls ihr — der Klägerin — gegenüber keinen

Anspruch auf Kassenleistungen gehabt habe. Hätte die Klägerin die Erstattung der Aufwendungen von vornherein abgelehnt, so hätte die andere Krankenkasse das Verwaltungsstreitverfahren nach § 58 Abs. 2 KVG. (jetzt das Spruchverfahren nach § 224 RVO.) beschreiten müssen, und derselbe Weg wäre für die Rückforderung geboten gewesen, wenn die Klägerin die Aufwendungen zunächst erstattet hätte, dann aber geltend machte, daß dies zu Unrecht geschehen sei, weil die andere Kasse selbst die eigentlich leistungspflichtige gewesen sei. Da aber die Rückforderungsklage darauf gestützt war, daß der Unterstützte weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt gewesen sei und einen Anspruch auf Kassenleistungen überhaupt nicht gehabt habe, so handelte es sich keineswegs um einen Streit wegen Erstattung von Kosten für aushilfsweise gewährte Versicherungsleistungen, nur in umgekehrten Parteirollen, und überhaupt nicht um einen versicherungsrechtlichen Streit, sondern — genau wie im soeben erörterten Falle — um eine rein bürgerlich-rechtliche Klage aus grundloser Bereicherung, so daß nur der ordentliche Rechtsweg beschritten werden konnte.

III. Streit nach Lösung des den Anspruchsgrund bildenden Rechtsverhältnisses.

In loserem Zusammenhange mit dem Ausgangspunkte dieser Erörterung stehen andere von Hoffmann mit herangezogene Fragen.

Wenn das Gesetz Streitigkeiten aus gewissen Rechtsverhältnissen besonderen Behörden zuweist oder ein besonderes Verfahren vorsieht, so kann die Frage entstehen, ob dies auch für Streitigkeiten gilt, die erst nach beendetem Rechtsverhältnisse anhängig werden. Die Frage läßt sich nicht allgemein, sondern nur für die einzelne Gesetzesvorschrift nach der aus ihrer Fassung oder sonst sich ergebenden Absicht des Gesetzgebers beantworten. Wenn nach § 358 RVO. „in Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnisse der Angestellten, die der Dienstordnung unterstehen“, die Versicherungsbehörden zur Entscheidung berufen sind und nur für vermögensrechtliche Ansprüche die Klage im ordentlichen Rechtswege gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts binnen einer Notfrist zugelassen ist, so spricht nichts dafür, daß diese Ordnung des Verfahrens nur gelten soll, wenn der Streit bei bestehendem Dienstverhältnis anhängig gemacht wird. Auch der entlassene Angestellte also ist bei Verfolgung von Ansprüchen aus dem gelösten Verhältnis auf den bezeichneten Weg gewiesen. Wenn dagegen § 405 Abs. 1 bestimmt, daß Streit „zwischen dem Arbeitgeber und seinen Beschäftigten“ über die Berechnung und Anrechnung ihrer Beitragsteile endgültig vom Versicherungsamt (Beschlußausschuß) entschieden wird, so drängt sich sofort der Zweifel auf, ob nach dieser Fassung die Vorschrift noch anwendbar ist, wenn das Arbeitsverhältnis bereits gelöst ist und daher von einem Streit zwischen dem „Arbeitgeber“ und seinem „Beschäftigten“ nicht wohl die Rede sein kann; und dieser Zweifel wird verstärkt dadurch, daß in dem unmittelbar anschließenden Abs. 2 des § 405 von gewissen Streitigkeiten zwischen „einem Versicherten oder bisher Versicherten“ und einer Kasse die Rede ist und daß es doch nahe gelegen hätte, auch dem Abs. 1 eine entsprechende Fassung zu geben, wenn er auch auf „bisher“ Beschäftigte, d. h. auf nicht mehr Beschäftigte, Anwendung finden sollte. Ich habe daher die Anwendbarkeit verneint (Handb. der Kr.Vers. Anm. 1b zu § 405 RVO.). Dieser Ansicht sind beigetreten: Stier-Somlo, Kommentar, Anm. 2 zu § 405 und Hoffmann im Zentr.Bl. d. Reichsvers. 1916 Sp. 4, 5. Abgelehnt ist sie dagegen in einer Entscheidung des Versicherungsamts Kiel vom 26. Oktober 1915 (Arb.-Vers. 1915 S. 851). Dort ist u. a. gegen meine Ausführungen bemerkt: es sei nicht einzusehen, warum Streitfälle dieser Art nach Lösung des Beschäftigungsverhältnisses nicht mehr eines einfachen und schleunigen Verfahrens teilhaft sein sollen. Ich meine aber doch, daß sich dafür ein innerer Grund denken läßt und ein recht triftiger. Man muß sich gegenwärtig halten, um was es sich eigentlich handelt, wenn der Arbeitnehmer die vom

Arbeitgeber beliebte Berechnung und Anrechnung seiner Beitragsteile nicht gelten lassen will: um nichts anderes als um seinen Lohnanspruch, der im Streitfalle grundsätzlich vor die ordentlichen Gerichte oder, je nach Umständen, vor das Gewerbe- oder Kaufmannsgericht gehört. Wenn der Arbeitnehmer einfach, unter Berufung auf die mit dem Arbeitgeber getroffene Lohnabrede, den nicht bezahlten Lohnrest bei dem Gericht einklagt, so hat er tatsächlich die zuständige Behörde angerufen; erst wenn der Beklagte einwendet, daß der von ihm eingehaltene Betrag Beitragsteile darstelle, die er auf Grund des § 394 RVO. abgezogen habe, wird der ordentliche Rechtsweg unzulässig. Das ist eine ganz ungewöhnliche Rechtslage, an der sich auch dann nichts ändert, wenn der Arbeitnehmer, was ja vorkommen kann, den Grund des Lohnabzugs nicht einmal gekannt hat, weil etwa der Arbeitgeber sich nicht darüber aussprach und der Arbeitnehmer sich nicht für versicherungspflichtig hielt, so daß er nur das Gericht anrufen konnte. Diese Eigenartigkeit der aus § 405 Abs. 1 sich ergebenden Rechtslage rechtfertigt die Beschränkung der Vorschrift auf ihren Wortsinn und ihren wahrscheinlichen unmittelbaren Zweck, nämlich: Streitigkeiten bei bestehendem Arbeitsverhältnisse, die sich also bei jeder neuen Lohnzahlung erneuern könnten, auf einfache und schnelle Weise abschließend auszutragen, das Arbeitsverhältnis in diesem Punkte zu regulieren. Ist dieses Verhältnis bereits gelöst, so liegt kein Grund mehr vor, noch die Versicherungsbehörden zur Entscheidung zu berufen, wenn der Arbeitnehmer einen rückständigen Lohnrest einklagt, den der Arbeitgeber ihm, gleichviel aus welchem Grunde, vorenthält.*)

IV. Zuständigkeit bei Streit mit Rechtsnachfolgern.

Eine ähnliche Frage wie die unter III erörterte ist die, ob eine Zuständigkeitsnorm, die für Streitigkeiten aus einem bestimmten Rechtsverhältnisse gegeben ist, auch dann Geltung beansprucht, wenn an Stelle eines an dem Rechtsverhältnisse Beteiligten ein Rechtsnachfolger auftritt. Auch diese Frage ist nicht allgemein, sondern nur für die einzelne Vorschrift nach dem zu ermittelnden Willen des Gesetzes zu entscheiden. Das tritt recht deutlich hervor aus einem Vergleiche der von Hoffmann (S. 219 Sp. 2) angezogenen Entscheidung des Reichsgerichts Bd. 51 S. 193 mit einer anderen Entscheidung desselben Gerichtshofs, Bd. 67 S. 114. In dem einen Falle handelte es sich um einen Streit aus einem gewerblichen, in dem anderen um einen Streit aus einem kaufmännischen Dienstverhältnisse. In beiden Fällen war ein Anspruch auf Entgelt für die Dienste von einem Rechtsnachfolger vor den ordentlichen Gerichten erhoben und die Frage entstanden, ob diese oder die Sondergerichte — in dem einen Falle das Gewerbegericht nach § 1 Abs. 1 Gew.Ger.Ges., in dem andern das Kaufmannsgericht nach § 1 Abs. 1 Kaufm.Ger.Ges. — zur Entscheidung berufen seien. Das Reichsgericht hat die Zuständigkeit der Gewerbegerichte für solche Fälle verneint, die der Kaufmannsgerichte dagegen bejaht und in der letzteren Entscheidung die Verschiedenheit des Ergebnisses damit gerechtfertigt, daß die Wortfassung und die Begründung des Kaufmannsgerichtsgesetzes zum

*) Ich benutze die Gelegenheit, um auf eine andere Frage einzugehen, in der die angeführte Entsch. des VA. Kiel von meiner Auffassung abweicht. Nach § 394 Abs. 2 RVO. kann die oberste Verwaltungsbehörde bestimmen, „wie" dem Arbeitgeber der Beitragsteil Versicherungspflichtiger aus ihrem Entgelt zu erstatten ist, wenn dieser nur aus Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird. Ich vertrete im Handb. der Krank.Vers. Anm. 2 — mit anderen und gegen andere — die Ansicht, daß, solange eine solche Bestimmung nicht getroffen ist, der Arbeitgeber die Erstattung der Beitragsteile gemäß der Regel des § 394 Abs. 1 Satz 2 nicht verlangen kann. Für diese Auslegung spricht auch die Begründung (S. 225). Das Versicherungsamt hält sie aber nicht für maßgebend gegenüber der Fassung des Gesetzes. Dieses sage nicht, daß die oberste Verwaltungsbehörde bestimmen könne, „ob und wie", sondern nur „wie" der Beitragsteil zu erstatten sei; es setze also die Erstattungspflicht an sich voraus. — Dem scheint mir eine Verkennung des Sprachgebrauchs der Reichsversicherungsordnung zu Grunde zu liegen. In zahlreichen Vorschriften des Gesetzes findet sich die ähnliche Wendung, daß bestimmt werden kann, „wieweit" etwas geschehen kann oder gelten soll (z. B. § 122 Abs. 2, § 123 Satz 2, §§ 168, 176 Abs. 2, § 413 Abs. 2), und überall hat dies ersichtlich den Sinn, daß es von der behördlichen Bestimmung abhängt, nicht nur wieweit, sondern auch „ob" etwas geschehen kann und „ob" etwas gilt. Man mache die Probe.

Ausdruck bringen, „daß die Zuständigkeit des Kaufmannsgerichts auch dann gegeben ist, wenn der Anspruch vor oder nach Erhebung der Klage auf einen Rechtsnachfolger übergegangen ist", während die abweichende Wortfassung des § 1 des Gewerbegerichtsgesetzes die entgegengesetzte Auslegung rechtfertige und „weder aus dem übrigen Inhalt des Gesetzes, noch aus dessen Materialien oder dem Zwecke desselben sich folgern lasse, die Zuständigkeit der Gewerbegerichte sei lediglich von dem sachlichen Inhalte des Rechtsverhältnisses ohne Rücksicht auf die Person der prozessierenden Parteien abhängig gestellt worden." Ich habe im „Verwaltungsarchiv" 1912 S. 296 diese das Gewerbegerichtsgesetz betreffende Entscheidung bekämpft und — was hier allein in Betracht kommt — im Handb. der Krankenvers. ihre Anwendung auf den oben behandelten § 405 Abs. 1 RVO., also auf einen Streit zwischen dem Arbeitgeber und seinen Beschäftigten über Anrechnung von Beitragsteilen abgelehnt. In diesem Falle nämlich erledigt sich die Frage, ob § 405 Abs. 1 auch bei Streit mit einem Rechtsnachfolger gilt, sofern die Rechtsnachfolge auf Erbgang beruht, dadurch, daß diese die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses durch den Tod des Beschäftigten voraussetzt und daß nach meiner Auffassung der § 405 Abs. 1 ein noch bestehendes Beschäftigungsverhältnis voraussetzt. Es bleibt also nur zu prüfen, ob die Vorschrift auch gilt, wenn bei fortdauerndem Beschäftigungsverhältnisse ein Rechtsnachfolger auf Grund rechtsgeschäftlicher Uebertragung (Abtretung) den Anspruch erhebt, und diese Frage ist zu bejahen, weil der Vorteil einer schnelleren, formfreien und billigeren Streiterledigung beiden Beteiligten zugedacht ist und keinem durch eine willkürliche Handlung des andern entzogen werden kann.

In anderen Fällen, d. h. wenn die Zuständigkeitsnorm nicht ersichtlich das Fortbestehen des den Anspruchsgrund bildenden Rechtsverhältnisses voraussetzt, ist ein Unterschied zwischen Rechtsnachfolge durch Erbgang und Rechtsnachfolge unter Lebenden nicht zu machen. Das ist auch als die Auffassung des Reichsgerichts in den beiden erwähnten Entscheidungen zu erkennen. In dem einen Falle (Bd. 51 S. 193) trat die Erbin des Arbeitnehmers, in dem anderen (Bd. 67 S. 115) eine dritte Person, welcher der Anspruch im Wege der Pfändung und Ueberweisung übertragen war, klagend auf; in keiner der beiden Entscheidungen ist auf diesen Unterschied irgendwelches Gewicht gelegt, sondern nur darauf, ob nach dem erkennbaren Willen des maßgebenden Gesetzes die besondere Zuständigkeit lediglich von dem Inhalte des streitigen Rechtsverhältnisses abhängt oder ob sie an bestimmte Personen geknüpft ist. Daraufhin also ist immer die einzelne in Frage kommende Rechtsnorm anzusehen. Danach ist es nicht zu verstehen, wie Hoffmann (S. 219 Sp. 2) behaupten kann, daß das Reichsversicherungsamt in seiner Entscheidung vom 23. März 1914 (1880 Amtl. Nachr. 1914 S. 634, Arb.-Vers. 1914 S. 734) sich „im Prinzip auf den gleichen Standpunkt gestellt" habe wie das Reichsgericht in der Entsch. Bd. 51 S. 193. Das ist ebenso willkürlich, wie wenn man behaupten wollte, daß das Reichsversicherungsamt sich mit der anderen Entscheidung des Reichsgerichts (Bd. 67 S. 114) im Prinzip in Widerspruch gesetzt habe. Jede dieser drei Entscheidungen hat es mit einer anderen Gesetzesvorschrift zu tun und aus keiner ist ein anderes „Prinzip" zu entnehmen, als das, daß es immer auf die Bedeutung der besonderen Norm ankommt.

Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts 1880 betrifft die versicherungsrechtliche Norm des § 1540 in Verbindung mit §§ 1771 ff. RVO. und spricht aus, daß das in diesen Vorschriften geregelte Verfahren vor den Versicherungsbehörden nur gilt, wenn ein Armenverband Ersatz seiner Aufwendungen für einen Hilfsbedürftigen aus dessen Anspruch auf Versicherungsleistungen auf Grund der §§ 1531 ff. fordert, daß dagegen ein Streit über die Rechtsgültigkeit der rechtsgeschäftlichen Uebertragung (Abtretung) eines solchen Anspruchs auf Versicherungsleistungen auf den Armenverband (§ 119) von den ordentlichen Gerichten zu entscheiden ist. So hat das

Reichsversicherungsamt schon früher entschieden (1777 Amtl. Nachr. 1913 S. 817). In beiden Fällen handelte es sich um bereits festgestellte Ansprüche. Danach war die Entscheidung ganz zweifelsfrei. Die Voraussetzung des § 1540 ist nicht gegeben, soweit der Anspruch des Armenverbandes nicht auf die im § 1540 angegebenen Vorschriften gegründet wird, und für ein anderes versicherungspflichtiges Verfahren ist kein Raum, wenn der vom Armenverband, als Rechtsnachfolger des Versicherten, geltend gemachte Anspruch bereits festgestellt ist und sonach der Streit nur noch die Gültigkeit des Rechtsübergangs — gleichviel worauf dieser gegründet wird — betrifft.

Wenn aber noch nicht festgestellte Versicherungsleistungen von einem Rechtsnachfolger des ursprünglich Berechtigten in Anspruch genommen werden, so ist der Anspruch im Feststellungsverfahren vor den Versicherungsinstanzen zu verfolgen, wie er nach früherem Recht gemäß der herrschenden Rechtsprechung in dem im § 58 Abs. 1 KVG. vorgeschriebenen Verfahren geltend zu machen war (zu vgl. Entsch. des bad. VGH. und des preuß. OVG. bei Reger 26 S. 412, 28 S. 226, 29 S. 242, Arb.-Vers. 1908 S. 259, 739). Auch die prozeßrechtlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Feststellung durch die Versicherungsträger (§§ 1545 ff.) und über die Feststellung im Spruchverfahren (§§ 1636 ff.) enthalten nichts, was erkennen ließe, daß die Zuständigkeit der Versicherungsinstanzen an die Person des ursprünglich Berechtigten geknüpft sei, daß der Antrag, soweit ein solcher erforderlich ist (§§ 1545, 1551, 1636) oder der sonstige Betrieb des Verfahrens nur von ihm ausgehen könne; die ganze Ordnung der Zuständigkeit und des Verfahrens zielt vielmehr ersichtlich darauf ab, daß über alle Ansprüche auf Versicherungsleistungen von den dazu berufenen, besonders geeigneten Fachbehörden und in dem der Eigenart dieser Ansprüche angepaßten Verfahren entschieden werden soll. Demgemäß hat das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung 2086 (Amtl. Nachr. 1915 S. 664, Arb.-Vers. 1916 S. 36) ausgesprochen, daß, soweit es sich um einen vererblichen Anspruch handelt, die Erben zur Stellung des nach § 1545 erforderlichen Antrags befugt sind — woraus dann ohne weiteres auch die Zuständigkeit der Spruchbehörden im Streitfalle folgt, wie denn auch das Reichsversicherungsamt über den von dem Erben einer Versicherten erhobenen Anspruch auf Krankengeld sachlich entschieden hat. Auf dem Gebiete der Unfallversicherung hatte das Reichsversicherungsamt nach früherem Recht im gleichen Sinne entschieden (Handb. der Unf.Vers. Bd. I S. 261 Anm. 14 zu § 9 GUVG.). Im Fall einer gesetzlich zulässigen Uebertragung des Anspruchs unter Lebenden (§ 119) wird aus gleichen Gründen nichts anderes gelten können. Ein Zweifel über die Zuständigkeit der Versicherungsinstanzen zur Entscheidung kann aber aufkommen, wenn die Rechtsnachfolge an sich — mag sie auf Erbgang oder rechtsgeschäftliche Uebertragung oder auf Ueberweisung im Wege der Zwangsvollstreckung gegründet sein — zweifelhaft oder streitig ist. Das Reichsgericht hat in der Entscheidung Bd. 67 S. 114 ausgesprochen, daß die Zuständigkeit des Kaufmannsgerichts selbst in solchen Fällen begründet sei, „in denen der Anspruch aus dem Dienst- oder Lehrverhältnis an sich unbestritten ist und der Streit nur den Uebergang des Anspruchs auf den Rechtsnachfolger betrifft, da das Gesetz für solche Fälle keine Ausnahme macht.“ Entsprechendes muß im allgemeinen auch für das Feststellungsverfahren nach der Reichsversicherungsordnung gelten. Die Versicherungsträger haben zu dem Anspruch auf Versicherungsleistungen, gleichviel ob er von dem unmittelbar Berechtigten oder von einem Dritten, der sein Recht von diesem ableitet, erhoben wird, in der vorgeschriebenen Form Stellung zu nehmen, die Krankenkassen also in formfreier Art, die Träger der Unfall- und der Invalidenversicherung durch Erteilung eines schriftlichen Bescheides (zu vgl. für die Unfallversicherung: § 16 des Rundschr. des

RVA. v. 15. November 1904, Amtl. Nachr. 1904 S. 643). Die Prüfung der Anspruchsberechtigung des Rechtsnachfolgers ist nur ein einzelner Punkt in der dem Versicherungsträger überhaupt obliegenden tatsächlichen und rechtlichen Prüfung, und es kann keinen Unterschied machen, ob außer dieser Frage noch andere Voraussetzungen des erhobenen Anspruchs streitig sind oder nicht. Entsprechend haben auch die Spruchbehörden im Feststellungsverfahren die Anspruchsberechtigung des angeblichen Rechtsnachfolgers zu prüfen und darüber zu entscheiden — sofern diese Frage nur zwischen diesem und dem Versicherungsträger streitig ist. Wenn und soweit dagegen Streit zwischen dem ursprünglich Berechtigten (dem Versicherten) und dem Versicherungsträger darüber besteht, ob dieser letztere berechtigt ist, die Versicherungsleistung ganz oder teilweise dem ersteren vorzuenthalten und zur Befriedigung des angeblichen Rechtsnachfolgers zu verwenden, so sind die Versicherungsbehörden zur Entscheidung dieses rein bürgerlich-rechtlichen Streits nicht berufen. Das kann nicht nur dann vorkommen, wenn z. B. die Gültigkeit der rechtsgeschäftlichen Uebertragung des Anspruchs oder der Ueberweisung im Wege der Vollstreckung von dem Versicherten bestritten wird (vgl. Entsch. des RVA. 2133 Amtl. Nachr. 1906 S. 209), sondern auch wenn z. B. das Erbrecht des den Anspruch Verfolgenden streitig ist und von einem Dritten für sich in Anspruch genommen wird.

Die Frage nach der Zuständigkeit der Versicherungsbehörden zur Streitentscheidung kann auch bei einer Rechtsnachfolge auf der Schuldnerseite auftauchen, wenn rückständige Beiträge z. B. von dem Erben oder im Hinblick auf § 25 HandelsGes.B. von dem Geschäftsnachfolger des Schuldners gefordert werden. Die Frage ist verschieden von der Frage der Beitreiblichkeit gegen Rechtsnachfolger. Nach § 28 Abs. 1 RVO. werden Beitragsrückstände „wie Gemeindeabgaben" beigetrieben. Wie diese beizutreiben sind, bestimmt das Landesrecht. Läßt es die Beitreibung der Gemeindeabgaben vom Rechtsnachfolger nicht zu, so können auch Versicherungsbeiträge nicht ohne weiteres zwangsweise von ihm beigetrieben werden (zu vgl. Handb. der Unf.Vers. Bd. I S. 579 Anm. 8 zu § 103 GUVG.). Der Versicherungsträger muß also, wenn der Rechtsnachfolger nicht freiwillig zahlt, sich erst einen vollstreckbaren Titel schaffen, und es fragt sich, ob das im Streitverfahren vor den Versicherungsbehörden zu geschehen hat. Das Reichsversicherungsamt hat ausgesprochen, daß, soweit die Landesgesetze eine Vorschrift über die Beitreiblichkeit nicht enthalten, die Berufsgenossenschaften gegen den Rechtsnachfolger des Beitragsschuldners vor den ordentlichen Gerichten auf Zahlung klagen müssen (Besch. 1207 Amtl. Nachr. 1893 S. 154, Handb. der Unf.Vers. a. a. O.), und dies wird nach der Fassung der Vorschriften über den Einspruch der „Mitglieder" gegen die Feststellung der Beiträge zur Unfallversicherung als begründet anzuerkennen sein (§ 102 GUVG., § 757 RVO.). Die entsprechende Vorschrift für die Invalidenversicherung (§ 1459 RVO.) ist jetzt allerdings allgemeiner gefaßt als früher, indem sie von „Streit über die Beitragsleistung" spricht, ohne die daran Beteiligten näher zu bezeichnen, während die ältere Vorschrift (§ 155 JVG.) ausdrücklich von Streitigkeiten zwischen den Organen der Versicherungsanstalten und „Arbeitgebern" usw. spricht. Indessen ist eine Absicht der Rechtsänderung in diesem Punkte, also dahin, daß auch ein Rechtsnachfolger des Arbeitgebers vor den Versicherungsbehörden auf Zahlung rückständiger Beiträge soll in Anspruch genommen werden können, nicht ersichtlich. Entsprechend setzt bei der Krankenversicherung, wie früher § 58 Abs. 1 KVG. auch § 405 Abs. 2 Streit zwischen einem „Arbeitgeber" usw. und einer Kasse „über das Versicherungsverhältnis" oder über die Beitragspflicht voraus. Es ist hiernach anzunehmen, daß auf allen drei Gebieten gleichmäßig ein Streit über die Beitragspflicht, wie über das Versicherungsverhältnis selbst, nur zwischen den

an diesem Verhältnis unmittelbar Beteiligten und dem Versicherungsträger vor den Versicherungsbehörden auszutragen ist, der Anspruch auf Beiträge gegen einen Rechtsnachfolger des Schuldners also im ordentlichen Rechtswege geltend zu machen ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Umfang des Konkursvorrechts von Beitragsforderungen.

Entscheidung des Amtsgerichts (Abt. 2) in Stralsund vom 28. März 1916.

Der Spediteur F. war seit dem Jahre 1913 der klagenden Berufsgenossenschaft an Beiträgen usw. insgesamt 1726,10 M. schuldig geworden. Am 17. Juli 1915 ist das Konkursverfahren über sein Vermögen eröffnet. Die Klägerin hat ihre Forderung mit dem Vorzugsrecht des § 61 Ziff. 1 Konkursord. zur Konkursmasse angemeldet. Der Konkursverwalter hat die ganze Forderung und das Vorrecht in Höhe von 1171,14 M. anerkannt, das Vorrecht für den Rest aus dem Jahre 1913 von 554,96 M. aber bestritten, und die Berufsgenossenschaft hat daher auf Feststellung des streitigen Vorrechts geklagt.

Der Konkursverwalter hat Abweisung der Klage beantragt, weil nur die für das letzte Jahr vor der Konkurseröffnung rückständigen Forderungen gemäß § 61 Ziff. 1 Konkursord. das Vorzugsrecht genießen. Sie sei der Klägerin daher schon entgegengekommen, indem sie ihr für ihre Forderungen vom 1. Januar 1914 ab das Vorzugsrecht bewilligt habe, während es ihr erst seit dem 17. Juli 1914 zustehe.

Die Klägerin hält die Auslegung, die die Beklagte dem § 28 Abs. 3 RVO. gibt, für unrichtig und führt nachfolgendes an: Die Genossenschaften stellen erst nach Schluß des Geschäftsjahres die Gesamtsumme der von ihren Mitgliedern aufzubringenden Beträge fest und erst durch die Umlegung dieses Betrages erwerben sie Forderungen gegen die einzelnen Mitglieder, und zwar immer erst gegen Mitte des auf das Umlegejahr folgenden Jahres. Demgemäß seien auch die Beiträge aus dem Jahre 1913 erst gegen Mitte des Jahres 1914 festgelegt und den Mitgliedern zur Zahlung aufgegeben. Von einem Rückstande könne daher vor diesem Zeitpunkt nicht die Rede sein.

Das Amtsgericht hat im Sinne der Klage entschieden aus folgenden Gründen:

Nach § 28 Abs. 3 RVO. haben Rückstände von Beiträgen zu den Berufsgenossenschaften im Konkurse der Mitglieder derselben das Vorzugsrecht des § 61 Ziff. 1 Konkursord. Das bedeutet, daß die Rückstände der Rangordnung nach an derselben Stelle zur Hebung kommen, an der die in § 61 Ziff. 1 der Konk.-Ord. aufgeführten Lohnforderungen usw. aus dem letzten Jahr vor der Eröffnung des Konkursverfahrens rangieren, nämlich an der ersten Stelle. Daß aber bei den Rückständen an Beiträgen zu unterscheiden ist, ob sie aus dem letzten Jahre vor der Konkurseröffnung oder aus früheren Zeiten herrühren und daß nur den ersteren das fragliche Vorzugsrecht zusteht, besagt § 28 RVO. nicht, da er schlechthin von Rückständen ohne jede Einschränkung spricht. Es kommt daher das Vorzugsrecht des § 61 Ziff. 1 der Konkursord. allen Rückständen, nicht nur denjenigen aus dem letzten Jahre vor der Konkurseröffnung, sondern auch den älteren zu.

Anmerkung: Wir halten die Begründung der Entscheidung für unrichtig. Daß die Rückstände „das Vorzugsrecht des § 61 Nr. 1 der Konkursord." haben, bedeutet schon sprachlich, daß ihnen das Vorrecht genau in der Art zusteht, wie den dort bezeichneten anderen Forderungen, also nicht nur das Vorrecht in derselben Klasse, sondern auch im gleichen Umfange. Dafür, daß das Gesetz mehr als eine Gleichstellung der Ansprüche der Versicherungsträger mit den Lohnforderungen der Arbeiter und Angestellten beabsichtigt habe, liegt kein Anhalt vor. In diesem Sinne äußern sich Rosin, Recht der Arb.Versichg. II S. 606, Hahn Anm. 5, Düttmann, Anm. 10, Laß, Anm. 9 zu § 28 RVO., Menzel-Schulz-Sitzler, Anm. 5 zu § 227 Angest. Vers.Ges. Auch die beklagte Berufsgenossenschaft hat sich, soweit die Tatbestandsdarstellung des Urteils erkennen läßt, nicht grundsätzlich auf einen anderen Standpunkt gestellt, sondern nur geltend gemacht, daß sie sich mit ihrem Anspruch auf Vorrecht (im Hinblick auf §§ 753 ff., 1175 ff. RVO.) in den Grenzen der „für das letzte Jahr vor der Eröffnung des (Konkurs-) Verfahrens rückständigen Forderungen" gehalten habe, wie § 61 Konkursord. bestimmt.

Beschäftigung eines pensionierten Staatsbeamten — Hauptberuf.

Beschluß des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung v. 27. Oktober 1915 (P. 94/15).

Der 1858 geborene Königliche Forstbuchhaltungsoffiziant a. D. R. ist ein pensionierter Beamter der Bayerischen Staatsforstverwaltung und bezieht als solcher ein Ruhegehalt von 2084 M. Nach seiner Versetzung in den Ruhestand hat er gegen ein Jahresgehalt von 840 M. bei dem Königlichen Forstamt in R. gewisse Bureauarbeiten übernommen, nämlich die Fertigung sämtlicher Rechnungen, insbesondere die Abrechnung über die Ausgaben auf Waldwegbau, Forstkulturen, Holzhauerlöhne, Jagdlöhne, Holzverkauf, Postgelder usw., die Fertigung der Materialrechnung über den

Holzanfall, die Führung der Regieausgabenbücher und der Wirtschaftskontrollbücher; die Fertigung der schriftlichen Arbeiten vor und nach den Holzversteigerungen, der statistischen Arbeiten und der Forstrüge. Ferner hat er die Abrechnungen über die Einnahmen aus dem verkauften Holz, aus Forstnebennutzungen (Gras, Streu, Waldpflanzen) und aus der Jagd anzufertigen. R. ist täglich von 8—12 und 2—5 Uhr auf dem Forstamt beschäftigt. Diese Angaben hat das Königliche Forstamt zunächst als richtig anerkannt, in der Beschwerde aber insofern bemängelt, als die Führung des Regieausgabenbuchs und der Wirtschaftskontrollbücher nicht zu den Aufgaben des R. gehöre. Im übrigen vertritt die Beschwerde den Standpunkt, die dem R. übertragenen Schreibarbeiten seien rein mechanischer Art und bildeten nicht seinen Hauptberuf.

Daß die Dienstleistungen des R. nicht lediglich mechanische sind, dafür spricht ihre Art unter Berücksichtigung der Vorbildung und des früheren Berufs des R. Diese Frage kann aber dahingestellt bleiben, wenn die zweite Frage, ob die Beschäftigung des R. seinen Hauptberuf bildet, verneint wird.

Der allgemeine Sprachgebrauch versteht unter Beruf in erster Reihe die Ausübung einer Beschäftigung in selbständiger oder abhängiger Stellung, im weiteren Sinne aber auch eine Lebensstellung, die ihren Inhaber auf Grund von Kapitaleinkommen oder festen Bezügen (z. B. Ruhegeld) einer gewinnbringenden Beschäftigung überhebt. Uebt ein und dieselbe Person mehrere Beschäftigungen gleichzeitig aus oder treffen eine oder mehrere Beschäftigungen mit einer Lebensstellung der bezeichneten Art bei einer Person zusammen, so entsteht die Frage, welches ihr Hauptberuf ist, eine Frage, von deren Entscheidung § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte in Anlehnung an § 165 Abs. 1 Nr. 2 und § 1226 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung die Versicherungspflicht gewisser Gruppen von Angestellten abhängig macht. Der Beruf eines Menschen weist ihn mit Naturnotwendigkeit in gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Hinsicht einer bestimmten Gruppe zu. In verstärktem Maße muß dies von dem Hauptberufe gelten. Diese Auffassung trat auch bei der Beratung des § 165 Abs. 1 Nr. 2 der RVO. hervor. Es wurde darauf aufmerksam gemacht, daß nicht selten selbständige Personen mit ausreichendem Berufs- oder Kapitaleinkommen ein Nebenamt bekleiden, z. B. Landwirte, die nebenbei als Direktoren oder Betriebsbeamte einer größeren Molkerei tätig seien, oder Rentner, die nebenbei eine Agentur einer Versicherungsgesellschaft übernehmen. Solche Personen befinden sich, so wurde ausgeführt, unabhängig von derartigen Nebeneinkommen in gesicherter Lebensstellung und es liege deshalb kein Bedürfnis vor, sie der Zwangsversicherung zu unterwerfen. (Zu vgl. der Kommissionsber. zum Entw. der RVO. 2. Teil S. 12). In Uebereinstimmung damit stellt die Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912 (Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 720 ff.) in Ziff. 44 den Grundsatz auf: „Wenn neben einer hierher gehörigen Tätigkeit — d. h. einer Beschäftigung als Betriebsbeamter, Werkmeister usw. — keine andere Erwerbstätigkeit ausgeübt, vielmehr der Lebensunterhalt im übrigen aus dem Vermögen bestritten wird, so bildet die „Tätigkeit" darum nicht notwendig den Hauptberuf." Betrachtet man von diesen Grundlagen aus den vorliegenden Fall, so ergibt sich, daß die Lebenshaltung des R. bereits durch sein Ruhegehalt von mehr als 2000 M. hinreichend sichergestellt ist. Diesem gegenüber tritt sein Einkommen aus der Beschäftigung bei dem Königlichen Forstamt R. in den Hintergrund. Hiernach ist, wie auch das Schiedsgericht annimmt, der Hauptberuf des R. seine Stellung als pensionierter Beamter. Den Umfang der Beschäftigung hat das Oberschiedsgericht im Einklang mit der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Februar 1915 (Entsch. 2045, Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 578) nicht als entscheidend ansehen können.

Direktricen in einem Herrenwäschegeschäft als Werkmeisterinnen.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** v. 8. Dezbr. 1915 (P. 135/15).

Die Direktricen G. und P. sind bei der Firma Gebr. B. in B., und zwar in deren Fabrik in R., die sich mit der Herstellung von Herrenwäscheartikeln befaßt, tätig. Sie sind gegen ein monatliches Gehalt von 95 M. und vierwöchentlicher Kündigung angestellt. Es sind ihnen je etwa 15 bis 20 Vorrichterinnen und Näherinnen unterstellt; unter diese haben sie das ihnen von der Geschäftsleitung übergebene Rohmaterial zu verteilen. Sie geben ferner den ihnen unterstellten Arbeiterinnen Anweisungen über die Art, Reihenfolge und Zeit der Ausführung der Arbeiten. Sie prüfen die Arbeit nach ihrer Fertigstellung und lassen mangelhafte Arbeit abändern oder verbessern. Neue Arbeitskräfte haben sie anzulernen. Die geleisteten Arbeiten haben sie in die Lohnbücher der einzelnen Arbeiterinnen einzutragen und die von dem Geschäftsführer abgezählten Löhne den Arbeiterinnen auszuzahlen. Sie arbeiten auch selbst körperlich mit, indem sie wie die Näherinnen vorrichten und mitsteppen. — Sie sind für versicherungspflichtig erklärt worden aus folgenden Gründen:

Der Auffassung des Rentenausschusses, daß die beiden Direktricen eine dem Werkmeister ähnliche gehobene Stellung einnehmen, ist beizutreten. Die Grenze zwischen dem Werkmeister einerseits und dem gewöhnlichen Arbeiter einschließlich des

Vorarbeiters anderseits ist nicht leicht zu ziehen und muß, wie das Oberschiedsgericht in ständiger Rechtsprechung angenommen hat, von Fall zu Fall unter Würdigung der gesamten Umstände bestimmt werden. Im vorliegenden Falle tritt die eigene Mitarbeit der Direktricen hinter ihre Anordnungs-, Leitungs- und Aufsichtsbefugnisse zurück. Die gegenteiligen Angaben der Beschwerdeschrift sind unrichtig. Dies ergibt zweifelsfrei die Aussage des Geschäftsführers L. vom 21. Februar 1914. Danach legen die beiden Direktricen bei Fertigstellung der Waren nur dann selbst mit Hand an, wenn sie durch ihre Aufsichtstätigkeit nicht voll in Anspruch genommen sind. Es geschieht dies aber nur in geringem Umfang. In der Hauptsache sind sie durch ihre Anordnungs- und Leitungsmaßnahmen zum weitaus größten Teil des Tages voll beschäftigt. Hiernach überwiegt die Aufsichtstätigkeit zeitlich und überragt auch an Bedeutung die eigene körperliche Mitarbeit der Direktricen. Diese werden auch durch die Verteilung der Arbeit an die einzelnen Arbeiterinnen und die Anfertigung der zur Aufstellung der Lohnlisten erforderlichen schriftlichen Unterlagen in erheblichem Umfang in Anspruch genommen. Bei dieser Sachlage ist der Umstand, daß sie ein verhältnismäßig geringes Monatsgehalt von nur 95 M. beziehen, ohne entscheidende Bedeutung und spricht nicht gegen das Vorliegen einer gehobenen Stellung. Die Bezeichnung als „Direktricen" deckt sich hiernach mit dem tatsächlichen Inhalt der Stellung.

Anmerkung: Zu vgl. über die verschiedenen Arten der sogenannten „Direktricen" in der Wäsche-Industrie: Heimann in Arb.Vers. 1915 S. 486 ff.

B. Zur Krankenversicherung.

Im Sinne der §§ 195, 197 RVO. kommt auch die Mitgliedschaft einer Versicherungspflichtigen bei einer dem § 75a KVG. genügenden Hilfskasse in Betracht.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Rev.-Senat) vom 26. Oktober 1915.

Den Vorinstanzen kann darin nicht beigetreten werden, daß die klagende Kasse Wochengeld nach § 195 RVO. der Frau Koenemann zu Unrecht gewährt habe. § 195, der die Gewährung von Wochengeld an Wöchnerinnen als Regelleistung vorschreibt, gilt für die unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung vorkommenden Entbindungsfälle. Daher ist die Prüfung der Frage, ob die dort vorgesehene Wartezeit — eine mindestens sechsmonatige Versicherung auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse im letzten Jahre vor der Niederkunft — erfüllt ist, für das erste Jahr nach dem Inkrafttreten der Vorschriften des zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung, also für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1914, unter Umständen die Zeit vor dem 1. Januar 1914 in Betracht zu ziehen. Als Versicherung auf Grund der Reichsversicherung im Sinne des § 195 ist auch die Mitgliedschaft eines Versicherungspflichtigen bei einer nach § 75a KVG. bevorrechtigten Hilfskasse, die von der Zugehörigkeit zur Krankenkasse oder Gemeindekrankenversicherung befreite, im Sinne des § 195 RVO. anzusehen (zu vgl. Entsch. 2096, Amtl. Nachr. 1915 S. 680). Frau K. hatte daher durch ihre Mitgliedschaft bei der klagenden und bei der beklagten Kasse die Wartezeit des § 195 RVO. erfüllt, und die Wochenhilfe mit Recht erhalten.

Dagegen ist den Vorinstanzen darin beizutreten, daß eine Erstattungspflicht der Beklagten nach § 197 RVO. nicht begründet sei. Dabei braucht nicht erörtert zu werden, ob die beklagte Kasse, die vor dem 1. Januar 1914 nach § 75a KVG. bevorrechtigt war, seitdem nur Zuschußkasse ist (zu vgl. Rev.Entsch. 2117, Amtl. Nachr. 1915 S. 771), zu den im § 197 aufgeführten Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen und Ersatzkassen gehört. Denn der Erstattungsanspruch der leistenden Kasse setzt voraus, daß die zur Erstattung herangezogene Kasse überhaupt zur Leistung der Wochenhilfe verpflichtet war. Das Reichsversicherungsamt hat in dieser Hinsicht in einer Entscheidung vom 18. Oktober 1915 (IIa E 36/15) ausgesprochen, daß die Verpflichtung zur Erstattung durch die eigene Leistungspflicht der nach § 197 in Anspruch genommenen Kasse begrenzt werde. Bestand überhaupt keine Leistungspflicht — wie bei der beklagten Kasse während der Zugehörigkeit der Frau K. zu ihr — so kann bei folgerichtiger Anwendung dieses Grundsatzes auch keine Erstattung verlangt werden. Denn die Absicht des Gesetzgebers war bei Einführung des § 197, wie in der erwähnten Entscheidung näher dargelegt wird, darauf gerichtet, eine Abschiebung weiblicher Versicherter, die ihrer Niederkunft entgegensehen, an andere Krankenkassen zu verhindern. Von einer Abschiebung kann aber da keine Rede sein, wo die Kasse, der die Schwangere zunächst angehörte, überhaupt keine Wochenhilfe zu leisten hat.

Ist unter „Geburtshilfe“ im Sinne des § 198 RVO. nur die Tätigkeit des Arztes oder auch die der Hebamme zu verstehen?

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 11. März 1916 (IIa K. 47/16).

Der Kläger ist Mitglied der beklagten Kasse. Am 20. Mai 1915 wurde seine Ehefrau, die versicherungsfrei ist, entbunden. Bei der Entbindung wurde außer der Hebamme ärztliche Hilfe benötigt. Die Kosten des Arztes betrugen 15 M., diejenigen der Hebamme 20 M. Die Beklagte hat dem Kläger auf Grund der Kassensatzung eine Unterstützung von 20 M. gezahlt und außerdem die Kosten der ärztlichen Hilfe im Betrage von 15 M. beglichen. Der Kläger hält sich aber für berechtigt, von der Beklagten, abgesehen von der Erstattung von Portokosten, weitere 10 M. auf Grund der Bestimmung der Kassensatzung zu fordern, wonach die erforderliche Geburtshilfe bis zum Betrage von 25 M. gewährt werde. Die Kasse ist der Auffassung, daß unter den Begriff der Geburtshilfe nur die Tätigkeit des Arztes, nicht dagegen diejenige der Hebamme falle, und hat sich zu weiteren Leistungen nicht für verpflichtet erachtet. Das Versicherungsamt ist, namentlich im Hinblick auf den Sprachgebrauch, dieser Auffassung beigetreten und hat den Kläger mit seinem Anspruch abgewiesen. Auf die Berufung des Klägers hat die Spruchkammer des Oberversicherungsamts die Sache nach § 1693 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben mit folgender Begründung:

Nach Auffassung des Oberversicherungsamts muß unter Geburtshilfe auch die geburtshilfliche Tätigkeit durch Frauen verstanden werden. Im Gegensatz zum Versicherungsamt, welches die Auffassung vertritt, daß Hebammendienste schon nach allgemeinem Sprachgebrauch nicht der Geburtshilfe zuzurechnen seien, nimmt das Oberversicherungsamt an, daß hier der Sprachgebrauch nicht ausschlaggebend sein kann. Wohl mag es richtig sein, daß im allgemeinen eine Hebamme im Gegensatz zum ärztlichen Geburtshelfer nicht als Geburtshelferin bezeichnet wird, indes ist dies eine Hebamme tatsächlich dann, wenn sie allein zur geburtshilflichen Tätigkeit herangezogen wird. Die hier vertretene Auffassung findet ihre Stütze auch in der Ausdrucksweise des Gesetzes.

Im § 198 RVO. finden sich die Ausdrücke Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe. Beide Bezeichnungen fallen also unter den gemeinsamen Begriff „Geburtshilfe“ und innerhalb dieses wird wiederum zwischen Hebammendienst und ärztlicher Geburtshilfe unterschieden. Wäre dem nicht so, so hätte das Eigenschaftswort „ärztlich“ beim Hauptwort „Geburtshilfe“ fehlen können. Ferner wird Bezug genommen auf §§ 1 und 9 der Hamburgischen Hebammenordnung vom 29. Dezember 1899, welche von der geburtshilflichen Tätigkeit der Frauen im Hamburgischen Staat, die nur den Hebammen zusteht, handeln. Endlich ergibt die Satzung nichts dafür, daß durch die im § 28c aufgeführte „Unterstützung“ von 20 M. die etwa in Anspruch genommenen Hebammendienste der Wöchnerin ein für allemal abgegolten sein sollen.

Wenn im § 25 den weiblichen Versicherten ausdrücklich eine Vergütung von 20 M. für die bei der Niederkunft erforderlichen Hebammendienste gewährt wird, nach § 28 die Satzung dagegen der versicherungsfreien Ehefrau ohne nähere Zweckbestimmung lediglich eine Unterstützung von 20 M. gewährt, so erhellt hieraus, daß diese letztere nicht ausschließlich, wie das Versicherungsamt annimmt, für Hebammendienste gewährt werden soll.

Das Reichsversicherungsamt hat, unter Billigung der Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts, die Entscheidung des Versicherungsamts aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger den Betrag von 10 M. zu zahlen.

Anmerkung: In einer anderen Streitsache (II 5485/15) war in Frage gekommen, ob im Sinne des § 198 RVO. die Hebammendienste, die „bei der Niederkunft“ erforderlich werden, sich nur auf den Geburtsakt selbst oder auch noch auf die anschließende Zeit erstrecken. Das Reichsversicherungsamt holte ein Gutachten des Präsidenten des Reichs-Gesundheitsamtes, Prof. Dr. Bumm ein, der sich mit eingehender Begründung vom gesundheitlichen Standpunkte dahin äußerte: daß nach allgemeiner ärztlicher Auffassung die Hebammendienste auch bei einer regelrecht verlaufenden Geburt nicht mit der Ausstoßung der Frucht aus dem Mutterleibe enden, sondern sich noch auf die nächstfolgende Zeit erstrecken. Wenn im Sinne der §§ 195, 200 RVO. unter „Niederkunft“ das den Beginn von Fristen bezeichnende Ereignis der Entbindung, also nicht auch noch ein Teil des Wochenbetts zu verstehen sei, so sei eine erweiterte, die erste Zeit des Wochenbetts mit umfassende Auslegung des Ausdrucks im Sinne des § 198 jedenfalls vom medizinischen Standpunkt aus gerechtfertigt. Die Hebammendienste sollten jedenfalls dauern bis zum Abfalle der Nabelschnur.

Rechnungsführung der Krankenkassen.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 22. März 1916.

Nach § 30 der Bekanntmachung über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vom 9. Okt. 1913 (Zentr.Bl. f. d. Deutsche Reich S. 1009) haben die Kassenvorstände Rechnungsabschluß und Nachweisungen dem Versicherungsamte bis zum 1. März einzureichen. In Uebereinstimmung mit dem Herrn Reichskanzler genehmige ich, daß die Kassenvorstände den Rechnungsabschluß und die Nachweisungen für die Geschäftsjahre 1915 und 1916 erst zum 1. April des jeweils folgenden Jahres bei dem Versicherungsamt einreichen. . . . .

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Ist während der Lazarettbehandlung eines Kriegsteilnehmers immer Invalidität im Sinne der Reichsversicherung anzunehmen?

Entsch. des **Gr. Oberversicherungsamts** (Spruchkammer III) **Darmstadt** vom 13. Januar 1916 (J. 892/1915).

Ein Kriegsteilnehmer war über 26 Wochen in Lazarettbehandlung und stellte den Antrag auf Bewilligung der Invalidenrente. Er legte ein Zeugnis des Stabsarztes vor, nach dem er als zu 40 Prozent erwerbsbeschränkt bezeichnet wurde. Die Frage „Liegt Invalidität im Sinne der Reichsversicherung vor?" war trotzdem mit „Ja" beantwortet. Die Landesversicherungsanstalt Hessen lehnte den Rentenanspruch ab, da Invalidität noch nicht bestehe. Hiergegen legte der Kriegsbeschädigte Berufung ein. Bei der Verhandlung vor dem Oberversicherungsamt erklärte sich der Vertreter der Versicherungsanstalt schließlich bereit, für die Dauer der Lazarettbehandlung die Rente zu gewähren. Aus dem Urteil:

Die Beklagte erkannte an, daß dem Kläger die Krankenrente für die Zeit seines Lazarettaufenthaltes von der 26. Woche ununterbrochener Erwerbsunfähigkeit ab gerechnet zustehe, obgleich ärztlicherseits nur eine Erwerbsunfähigkeit von 40 Prozent angenommen wurde, da in vorliegendem Falle tatsächlich Invalidität während des Lazarettaufenthalts vorgelegen habe.

Das Gericht ist aber der Auffassung, daß allgemein Kriegsteilnehmer stets für die Zeit ihres Lazarettaufenthaltes als invalide im Sinne des § 1255 RVO. zu betrachten sind, und daher Anspruch auf Invaliden- oder Krankenrente haben, soweit im übrigen die Voraussetzungen hierfür gegeben sind; denn als invalide gilt gesetzlich, wer nicht mehr im Stande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Der Gesetzgeber geht also bei der Frage, ob jemand Anspruch auf Invalidenrente oder Krankenrente hat oder nicht, davon aus, ob er sich mit Rücksicht auf seinen Gesundheitszustand etwas erwerben, verdienen kann.

Dies ist aber unmöglich für einen Versicherten, solange er sich im Lazarett befindet, da er dann keine Möglichkeit hat, sich erwerblich zu betätigen. Die Frage, ob jemand, solange er sich auf Kosten der Landesversicherungsanstalt einem Heilverfahren unterzieht, Rente (Invalidenrente) beanspruchen kann, ist durch die Vorschrift des § 1271 RVO. dahingehend geregelt, daß ihm die Rente für die Dauer des Heilverfahrens ganz oder teilweise versagt werden kann. Im vorliegenden Fall beansprucht Kläger aber nicht die Doppelleistung seitens der Beklagten, sondern, da ihm Heilverfahren von der Militärverwaltung gewährt wird, von der Beklagten lediglich Rente. Bereits unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes hat in einem ähnlich gelagerten Fall das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung vom 19. April 1910 (Amtl. Nachr. 1910, Ziff. 1477 S. 503) entschieden, daß Erwerbsunfähigkeit auch dann vorliege, wenn ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit noch nicht auf weniger als ein Drittel herabgesetzt sei, doch infolge Durchführung eines Heilverfahrens nicht in der Lage sei, das für ihn in Betracht kommende Lohndrittel zu verdienen. Damals handelt es sich sogar nur um einen in ambulanter, nicht einmal stationärer Behandlung stehenden Mann. Gleichgültig ist hierbei, ob die Arbeitsenthaltung unmittelbar als Mittel zur Wiederherstellung der Gesundheit sich darstellt (vgl. Entsch. 363 und 506 Amtl. Nachr., Invaliditäts- und Alters-Versicherung 1894 S. 132 und 1896 S. 292), oder ob sie, wie in der Entscheidung vom 19. April 1910 erforderlich ist, um ein zur Abwehr drohender Invalidität notwendiges Heilverfahren durchführen zu können. Auf den Zweck des Heilverfahrens im Einzelnen — der im wesentlichen übrigens der gleiche sein wird: Besserung des körperlichen Befindens und der Leistungsfähigkeit — kommt es nicht an. Uebereinstimmend wird in all diesen Fällen Erwerbsunfähigkeit in rein physischem Sinn nicht als Merkmal des Invaliditätsbegriffs gefordert, wennn nur wegen Durchführung eines Heilverfahrens tatsächlich die Unmöglichkeit bestand, entsprechend erwerblich tätig zu sein. Der Lazarettaufenthalt von Kriegsteilnehmern bedingt daher, insoweit nicht besondere Umstände vorliegen, z. B. Beurlaubung tagsüber zwecks Verrichtung von Lohnarbeit usw. Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 1255 RVO. Praktisch würde es auch zu unliebsamen Konsequenzen führen, wenn einem Teil der in Lazaretten befindlichen versicherten Kriegsteilnehmern die Rente bewilligt, dem andern versagt würde. Die Grenze wäre sicherlich sehr schwer zu ziehen. Pekuniäre Bedenken können nicht in Frage kommen, wenn es sich um Rechte der Versicherten handelt, zumal die Landesversicherungsanstalten in sehr weitgehendem Umfang freiwillige Leistungen auf Grund des § 1274 RVO. zu übernehmen in der Lage sind. Hiernach bedarf es auch nicht, wie eine Abhandlung in der Offenbacher Volkszeitung vom 5. November 1915 vorschlägt, eines Notgesetzes, um den in Lazaretten befindlichen Kriegsteilnehmern die Rente

zu sichern. Im wesentlichen zutreffend wird vielmehr die Frage in einem Aufsatz von Ritzel: Die Krankenrente für Kriegsteilnehmer (Arbeiter-Versorgung 1915 S. 845, Zentralbl. der Reichsversicherung 1916 S. 17) beurteilt. Allerdings ist die Erwartung nicht unberechtigt, daß die von der Militärverwaltung eingeleiteten Heilverfahren im Hinblick auf die den Landesversicherungsanstalten durch Gewährung von Krankenrente erwachsende Mehrbelastung keine Verkürzung oder irgendwelche sonstige Beeinträchtigung erfahren.

Bei Zugrundelegung der vorstehend wiedergegebenen Auffassung würde analogerweise der Wegfall der Rente berechtigt sein, sobald die Durchführung eines Heilverfahrens nicht mehr den Grund bildet, daß der Soldat sich nicht erwerblich betätigen kann. Es wäre also alsdann auch für den Wegfall der Rente ein verhältnismäßig leicht festzustellender Zeitpunkt maßgebend.

Nachschrift des Einsenders (F. Kl.): Die Entscheidung ist für die Praxis von ziemlicher Bedeutung, wenn auch die von ihr aufgestellten Grundsätze nicht gerade neu sind. Es kommt nämlich noch häufig vor, daß von den Rentenbewerbern in den Lazaretten besondere Bescheinigungen der Aerzte verlangt werden, daß die Erwerbsunfähigkeit mehr wie 66²/₃ Prozent beträgt und daß im Falle des Fehlens einer solchen Bescheinigung die Rente abgelehnt wird. Das Verfahren könnte hiernach oft auch vereinfacht werden, namentlich wenn sich die Behandlung auf verschiedene Lazarette erstreckt, von denen die üblichen Aufenthaltsbescheinigungen genügen sollten.

Sprechsaal.

Zur Herabsetzung der Altersgrenze im § 1257 RVO.

möchte ich die im Heft 11 S. 257 mitgeteilte halbamtliche Darstellung für die Frage der durch sofortige Einführung entstehenden Arbeitslast nicht für ausschlaggebend erachten.

Wenn auch tatsächlich nur ein geringer Teil der Versicherten, welche die neue Altersgrenze erreicht haben, die Rente werden bewilligt erhalten können, so werden doch erfahrungsgemäß erheblich mehr Anträge gestellt, die eben zu prüfen sind, und gerade diese Prüfung bei Aufnahme der Anträge ist es, die bei dem plötzlich vermehrten Zudrang der Rentenbewerber eine die zur Zeit vorhandenen Kräfte übersteigende Arbeitslast herbeiführen wird.

Statt der Hinausschiebung bis nach Friedensschluß könnte die Wohltat des Gesetzes zunächst den 69 und 68 Jahre alten Personen, ein oder zwei Jahre später den 67 bis 65 Jahre alten zugedacht werden.

So würde sich eine Verteilung der Arbeitslast durch verschiedene Termine, die für das Inkrafttreten der neuen Vorschriften — mit oder ohne rückwirkende Kraft — festgesetzt werden, ermöglichen lassen.

Ernst Baum, Geh. Justizrat,
zur Zeit stellvertr. Vorf. des Versicherungsamts der Stadt Görlitz.

Im Anschluß an diesen Vorschlag teilen wir den dem Reichstag zugegangenen Gesetzentwurf vollständig mit. Er lautet:

Artikel 1. Die §§ 1257, 1292, 1392, 1397 der RVO. erhalten die folgende Fassung:

§ 1257. Altersrente erhält der Versicherte vom vollendeten fünfundsechzigsten Lebensjahre an, auch wenn er noch nicht invalide ist.

§ 1292. Der Anteil der Versicherungsanstalt beträgt bei Witwen- und Witwerrenten drei Zehntel, bei Waisenrenten für eine Waise drei Zwanzigstel, für jede weitere Waise ein Zwanzigstel des Grundbetrags und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte.

§ 1392. Bis auf weiteres wird als Wochenbeitrag erhoben: in Lohnklasse I: 18 Pf., in Lohnklasse II: 26 Pf., in Lohnklasse III: 34 Pf., in Lohnklasse VI: 42 Pf., in Lohnklasse V: 50 Pf.

§ 1397. Zur Deckung der Gemeinlast scheidet jede Versicherungsanstalt vom 1. Januar 1917 an sechzig vom Hundert der Beiträge buchmäßig als Gemeinvermögen aus. Ihm schreibt sie für seinen buchmäßigen Bestand die Zinsen gut. Den Zinsfuß bestimmt der Bundesrat für die gleichen Zeiträume wie die Beiträge einheitlich.

Artikel 2. Der Artikel 65 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung erhält die folgende Fassung: Den Versicherten, die beim Inkrafttreten der Versicherungspflicht für ihren Berufszweig das fünfundreißigste Lebensjahr vollendet haben, werden auf die Wartezeit für die Altersrente für jedes volle Jahr, um das sie an diesem Tage älter als fünfunddreißig Jahre waren, vierzig Wochen, und für den überschießenden Teil eines solchen Jahres die darauf entfallenden Wochen bis zu vierzig angerechnet."

Artikel 3. Die auf Grund der §§ 1360 bis 1380 der RVO. vom Bundesrat zugelassenen Sonderanstalten gelten ohne neue Zulassung durch den Bundesrat bis zum 30. September 1916 als zugelassen. Sie müssen bis dahin die Altersrente und die Hinterbliebenenbezüge nach Maßgabe dieses Gesetzes gewähren. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Tag, bis zu welchem die Sonderanstalten die erforderlichen Aenderungen ihrer Satzung zu beschließen haben. Kommt eine Sonderanstalt der Anordnung nicht rechtzeitig nach, so ändert die Aufsichtsbehörde die Satzung.

Artikel 4. Die Vorschriften dieses Gesetzes treten bezüglich der §§ 1392, 1397 mit dem 1. Januar 1917, im übrigen mit Wirkung vom 1. Januar 1916 in Kraft.

Artikel 5. Ansprüche auf Altersrente, Waisenrente oder Waisenaussteuer, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündigung dieses Gesetzes schwebt, unterliegen dessen Vorschriften. Ihre Nichtanwendung gilt auch dann

als Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte. Ansprüche auf Altersrente, Waisenrente oder Waisenaussteuer, über die nach dem 31. Dezember 1915 eine Entscheidung ergangen ist, hat die Versicherungsanstalt, soweit nicht Abs. 1 Platz greift, nach den Vorschriften dieses Gesetzes zu prüfen. Führt diese Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigeren Ergebnis oder wird es von dem Berechtigten verlangt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen. Nach diesem Gesetze zuerkannte Renten beginnen frühestens mit dem 1. Januar 1916.

Artikel 6. Für die Zeit nach dem 1. Januar 1917 dürfen Marken in den im bisherigen § 1392 RVO. vorgeschriebenen Werten nicht mehr verwendet werden. Ungültig gewordene Marken können binnen zwei Jahren nach Ablauf ihrer Gültigkeitsdauer bei den Markenverkaufsstellen gegen gültige Marken im gleichen Geldwert umgetauscht werden.

Versicherungsamt und preußischer Eisenbahnbetrieb.

Der ursprüngliche Regierungsentwurf zur Reichsversicherungsordnung sah Sonderversicherungsämter vor für Betriebsverwaltungen und Dienstbetriebe des Reiches oder der Bundesstaaten, die eigene Betriebskrankenkassen haben, für Gruppen von Betrieben, für deren Beschäftigte Sonderanstalten die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung besorgen, und für Gruppen von Betrieben, die Knappschaftsvereinen oder Knappschaftskassen angehören. Diese Sonderversicherungsämter wurden aber von der Kommission schon in erster Lesung beseitigt, weil ihre Errichtung eine Durchbrechung der auf den gesamten Gebieten der Arbeiterversicherung erstrebten Einheitlichkeit in Verwaltung und Rechtsprechung bedeute und weil sachlich vorgebildete Beisitzer des Versicherungsamtes für staatliche Betriebsverwaltungen auch im Rahmen der allgemeinen Versicherungsämter berufen werden könnten. Im Plenum des Reichstags wurden zur zweiten Lesung Anträge gestellt, welche auf die Errichtung selbständiger Versicherungsämter abzielten. Diese Anträge wurden jedoch abgelehnt.

Der Entwurf sah entsprechend auch besondere Oberversicherungsämter vor. In der ersten Lesung der Reichstagskommission wurden auch diese gestrichen. Sie wurden aber in zweiter Lesung auf Antrag wiederhergestellt. In der zweiten Lesung wurde im Plenum der Antrag auf Streichung wiederholt, aber abgelehnt. Die besonderen Oberversicherungsämter blieben also bestehen.

Liegt in diesen beiden verschiedenen Gesetz gewordenen Beschlüssen zweifelsohne schon ein sachlich nicht zu rechtfertigender Widerspruch, so ist der hierdurch verursachte Mangel noch wesentlich vergrößert worden durch diejenigen Bestimmungen, die das Sonderversicherungsamt ersetzen sollen. Es kommen hier §§ 112 und 377 RVO. in Frage. Der erstere gestattet die Uebertragung von Beschlußaufgaben des Versicherungsamtes auf Organe von Knappschaftsvereinen, Betriebskrankenkassen für staatliche Betriebsverwaltungen und Sonderanstalten des Reiches oder der Bundesstaaten, während § 377 Abs. 3 die Uebertragung von Aufsichtsbefugnissen des Versicherungsamtes auf andere Behörden für Betriebskrankenkassen in Reichs- oder Staatsbetrieben zuläßt. Die rechtlichen Folgen seien hier kurz an der praktischen Erfahrung in dem größten in Frage kommenden Betrieb, nämlich der Preuß.-Hess. Staatseisenbahnverwaltung dargetan. Diese zählt in ihren 21 Betriebskrankenkassen rund 360 000 versicherte Mitglieder und hat in ihrer Sonderanstalt, der Pensionskasse, mehr als 330 000 Versicherte nachzuweisen. Sie hat in weitestem Umfange von den Ermächtigungen des Gesetzes Gebrauch gemacht. Danach gibt es ein Versicherungsamt im eigentlichen Sinne für alle jene Eisenbahner nur im Spruchverfahren bei der Krankenversicherung. Hier ist nämlich das örtliche Versicherungsamt für sie zuständig. Obwohl aber eine Betriebskrankenkasse den Bereich eines ganzen Eisenbahndirektionsbezirkes umfaßt, sind zum Versicherungsamt immer nur die im örtlichen Bereich des Versicherungsamtes wohnenden Mitglieder wahlberechtigt, so daß bei der Zerstreuung dieser Mitglieder in keinem einzigen Versicherungsamt sich ein Beisitzer aus den Reihen der Eisenbahner vorfindet, während andererseits für eine und dieselbe Betriebskrankenkasse bis zu 80 verschiedene Versicherungsämter in Frage kommen können. Das Verfahren wird hierdurch wesentlich erschwert, ist aber immerhin erträglich.

Im übrigen werden die Aufgaben des Versicherungsamtes von anderen Behörden erledigt bezw. ihnen vom Ministerium der öffentlichen Arbeiten übertragen. Für solche kommen zunächst die Bezirksausschüsse der Sonderanstalt, d. h. der Pensionskasse für die Arbeiter der Preuß.-Hess. Eisenbahngemeinschaft, in Frage. Diese sind identisch mit den Vorständen der Betriebskrankenkasse für den gleichen Direktionsbezirk. Sie werden herangezogen bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und beim Einspruchverfahren in der Unfallversicherung. Schon das letztere gibt zu Bedenken Anlaß. Berufsgenossenschaft ist hier die Eisenbahndirektion. Der Vorsitzende des Bezirksausschusses, also des Versicherungsamtes, ist ein Mitglied derselben Eisenbahndirektion. Wir haben also hier den Fall, daß ein Vorstandsmitglied der Berufsgenossenschaft das Einspruchverfahren vor dem Versicherungsamt leitet.

Wesentlich schwerer wiegen die Bedenken, welche sich gegen eine Uebertragung der Aufsichtsbefugnisse nach § 377 auf die Eisenbahndirektionen selbst richten. Diese Befugnisse sind nach § 377 Abs. 3 vom Ministerium tatsächlich den Eisenbahndirektionen übertragen worden. Wir haben daraus folgenden Rechtszustand in der Betriebskrankenkasse herzuleiten: Die Eisenbahndirektion ist Arbeitgeber, die Eisenbahndirektion führt durch eines ihrer Mitglieder den Vorsitz in den Organen der Kasse, und die Eisenbahndirektion ist gleichzeitig selber Aufsichtsbehörde. Das gibt in der Praxis jetzt fortwährend Anlaß zu scharfen Zusammenstößen. Denn dasjenige Mitglied der Eisenbahndirektion, das den Vorsitz in der Kasse führt, ist zugleich einziger Vertreter des Arbeitgebers im Ausschuß der Kasse. Von seinem persönlichen Ermessen hängt jeder Beschluß und jede Maßnahme ab. Die Arbeitnehmervertreter können noch so einig sein, sie erzielen entweder zu einer Satzungsänderung nicht die notwendige Zustimmung des einzigen Arbeitgebervertreters oder ihre Beschlüsse werden von der Aufsichtsbehörde, also von dem Arbeitgeber, nicht genehmigt.

Die anfänglich sehr große Erbitterung in den Reihen der Arbeitnehmervertreter hat allmählich dem klaren Empfinden Raum gemacht, daß unter

allen Umständen eine Aenderung dieses sonderbaren Rechtszustandes angestrebt werden muß. Ob hierzu über kurz oder lang eine Aenderung der gesetzlichen Bestimmungen möglich ist, oder ob sich einfach eine Aenderung in der Anwendung der §§ 112 und 377 Abs. 3 erreichen läßt, bleibe hier vorläufig dahingestellt.

Oswald Riebel, Berlin-Friedenau,
Syndikus des Verbandes Deutscher Eisenbahn-Handwerker und -Arbeiter.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Das Reichsversicherungsamt im Jahre 1915.

Der kürzlich erschienene Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamt auf das Jahr 1915 enthält wiederum eine Fülle wichtiger Mitteilungen über die Durchführung der gesamten Reichsversicherung. Aus den Angaben allgemeiner Art ist zu entnehmen, daß bis zum Ende des Jahres 1915 zusammen 155 Mitglieder und Beamte des Reichsversicherungsamts zum Heeresdienst einberufen wurden. In der Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wurde eine besondere Gruppe für die Krankenversicherung gebildet.

Das Zusammenwirken der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiet der ersten Hilfe ist durch den Krieg unterbrochen worden. Die Ausschüsse haben im Jahre 1915 von Ausbildungskursen für Betriebshelfer im allgemeinen absehen müssen. Zahlreiche früher ausgebildete Betriebshelfer leisten jetzt im Felde den Kameraden wertvolle Dienste. Die Freien Vereinigungen berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen haben auch im Kriege zweckmäßig weitergearbeitet. Namentlich haben sie mit dem Kriege zusammenhängende Fragen behandelt. In einigen Fällen nahmen Mitglieder des Amtes an Berufsgenossenschaftsversammlungen teil. Um die mit der Beschäftigung der Betriebsunfallverletzten gemachten Erfahrungen für die Wiedereinstellung Kriegsbeschädigter in ihre alten Betriebe nutzbar zu machen, wurde mit Vertretern der Industrie und des Gewerbes verhandelt. Die Begutachtung von rund 600 Anträgen um Beurlaubung oder Zurückstellung berufsgenossenschaftlicher Angestellter vom Heeresdienst hat einen umfangreichen Schriftwechsel mit den Berufsgenossenschaften und den Militärbehörden hervorgerufen. Auf die ersten drei Kriegsanleihen haben im ganzen die Berufsgenossenschaften rund 143, die Träger der Invalidenversicherung rund 439 Millionen Mark gezeichnet. Einer Anregung des Kriegsministeriums entsprechend ist durch Runderlaß des Reichsversicherungsamts vom 29. April 1915 den Berufsgenossenschaften nahegelegt worden, invalide Offiziere sowie Inhaber des Zivilversorgungs- und des Anstellungsscheines bei Besetzung von Stellen möglichst zu berücksichtigen. In einem weiteren Runderlasse vom 30. August 1915 wurde zwecks umfangreicherer Verwendung kriegsbeschädigter Arbeiter ohne Vermehrung der Unfallgefahr möglichste Verbesserung der Unfallverhütungstechnik angeregt. Weiter sind die Berufsgenossenschaften aufgefordert worden, gegenüber solchen Kriegsteilnehmern, die in Feindesland stehen, allgemein von Rentenherabsetzung oder Rentenentziehung Abstand zu nehmen. Auf die übrigen Rentenempfänger soll entsprechend der durch den Krieg geschaffenen Wirtschaftslage Rücksicht genommen werden. Auf zahlreiche Anfragen hat sich das Reichsversicherungsamt dahin ausgesprochen, daß der Krieg als solcher ohne Einfluß auf die Ansprüche der Angehörigen feindlicher Staaten sei und die Renten nur unter der Voraussetzung des § 615 RVO. für ruhend erklärt werden könnten. In einem Rundschreiben vom 30. August 1915 hat das Reichsversicherungsamt sämtliche Berufsgenossenschaften angewiesen, die italienischen Arbeitern zugesprochenen Renten weiter auszuzahlen. 31 gewerbliche Berufsgenossenschaften haben den Betriebsunternehmern Erleichterungen in der Bezahlung der Umlagen eingeräumt. Durch Entnahmen aus den Rücklagen usw. sind die Umlagen dieser Genossenschaften um $11^1/_2$ Mill. Mark erleichtert worden.

Ueber ihre Beteiligung an der Zurückführung der Kriegsbeschädigten in das wirtschaftliche Leben (Berufsberatung, Berufsumschulung, Arbeitsvermittlung usw.) haben die Versicherungsanstalten in zwei Versammlungen in Berlin beraten. In Ausführung der gefaßten Beschlüsse haben die Versicherungsanstalten bis Ende 1915 den für ihre Bezirke gebildeten Fürsorgeeinrichtungen 931 411 Mark überwiesen. Auf Ersuchen des Kriegsausschusses für warme Unterkleidung in Berlin hat im Frühjahr 1915 eine Anzahl Versicherungsanstalten 458 000 M. zur Verfügung gestellt. Zur Förderung der Gesundheitspflege bei den Truppen wurde den Versicherungsanstalten vorgeschlagen, nach Verhältnis ihres Vermögens eine Summe von 1 250 000 M. aufzubringen. Bis Ende Dezember waren 1 047 000 M. eingegangen. Darlehn zur Linderung der Kriegsnot haben die Versicherungsanstalten 1915 in Höhe von 46 066 737 Mark gewährt. Die Gesamtausgaben der Träger der Invalidenversicherung für die Kriegswohlfahrtspflege betrugen bis Ende 1915 rund $27^1/_2$ Mill M.

A. Unfallversicherung.

1. Verwaltung.

Die Berufsgenossenschaften, die Ergänzungswahlen für den Vorstand vorzunehmen hatten, haben diese vertagt. Die anläßlich des Krieges getroffenen Maßnahmen, die Auszahlung der Unfallentschädigung für die im Felde stehenden Unfallverletzten an deren Angehörige zu sichern, haben sich bewährt. Ueber die Unfallhäufigkeit sei folgendes mitgeteilt. Es betrug

im Jahre	Zahl der angemeldeten Unfälle	Erstmalig entschädigte Unfälle	Zahl der Personen, die Bezüge auf Grund der Unfallversicherung erhielten
1913	789 373	139 633	1 161 587
1914	704 030	124 225	1 145 500
1915	599 360	106 527	1 108 825

Der Rückgang ist hauptsächlich auf die Verminderung der Zahl der Versicherten zurückzuführen. Die Führung der Verletztenrentenzählkarte

stößt infolge der zahlreichen Einziehungen von Bureauangestellten zum Heeresdienst auf Schwierigkeiten. Genehmigt wurden eine Anzahl neu aufgestellter Gefahrentarife und Unfallverhütungsvorschriften. Die Arbeiten für die Aufstellung von Normal-Unfallverhütungsvorschriften für die Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften sind wegen des Kriegszustandes vertagt worden. Die in der Reichsversicherungsordnung geforderten neuen Maßnahmen auf dem Gebiete der Unfallverhütung sind in den vom Reichsversicherungsamt genehmigten Unfallverhütungsvorschriften berücksichtigt worden.

Von 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften haben 64 insgesamt 392 Stellen für technische Aufsichtsbeamte eingerichtet. Gegenwärtig sind diese Stellen durch 381 Personen besetzt. Bei den 49 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften beträgt die Zahl dieser Beamten 66. Infolge Einberufung zum Heeresdienst waren viele dieser Beamten verhindert, die Ueberwachungstätigkeit auszuüben. Die 64 gewerblichen Berufsgenossenschaften, bei denen technische Aufsichtsbeamte tätig sind, weisen für das Jahr 1914 zusammen 54 871 Revisionstage nach. Davon entfallen 39 226 Tage auf Betriebsbesichtigungen, 7411 auf Lohnbuchprüfungen und 8234 auf die Kontrolle der Rentenempfänger. Bei den Baugewerks-Berufsgenossenschaften sind von 90 275 Betrieben 198 259 Revisionen ausgeführt worden, bei den übrigen Genossenschaften sind von 622 072 Betrieben 74 883 revidiert worden.

Die Prüfungstätigkeit des Oberrechnungsrevisors am Sitze der Berufsgenossenschaften und Sektionen hat im Berichtsjahr geruht. Auch die Besichtigung von Heilanstalten in Ausführung des § 34 RVO. unterblieb.

2. Rechtsprechung.

Gegenstand der wichtigeren Rekursentscheidungen waren wiederum vorwiegend prozessuale Streitfragen. Namentlich erforderten die Begriffe „vorläufige Rente" und „Dauerrente" und die Voraussetzungen für die Feststellung und Umwandlung dieser Renten eine große Zahl von Entscheidungen. Hervorgehoben sind folgende Entscheidungen: Eine Gräberei (Grube) im Sinne des § 537 Abs. 1 Nr. 1 RVO. setzt begrifflich nicht die Gewerbsmäßigkeit des Betriebes voraus. — Bodenlegearbeit eines Holzhändlers ist bei der Lagerei-Berufsgenossenschaft mitversichert. — Bei einem kleinbäuerlichen Betriebe gehören die Rettungsarbeiten bei einem Brande des zugleich landwirtschaftlichen wie auch Wohnzwecken dienenden Hauses in vollem Umfange zum landwirtschaftlichen Betriebe. — Die gemäß § 552 Nr. 1 RVO. erfolgte Versicherung einer im Betriebe beschäftigten Person erlischt nicht infolge Wechsels des Unternehmers. — Dem unehelichen Kinde steht ein Rentenanspruch nach § 558 RVO. auch dann zu, wenn der Vater seiner gesetzlichen Unterhaltspflicht nicht in vollem Umfange nachgekommen ist. Für die Bemessung der dem unehelichen Kinde nach § 588 zustehenden Jahresrente ist nicht der Betrag des vom Vater tatsächlich geleisteten, sondern der gesetzliche Umfang des Unterhaltsanspruchs maßgebend. — Eine durch den Unfall nicht bedingte Operation, die dem Verletzten gelegentlich der Behandlung an den Folgen eines Betriebsunfalles angeraten worden ist, und der er sich ohne Zutun der Genossenschaft unterzogen hat, ist nicht Unfallfolge. — Ein Fabrikschmied hat für den Verlust der Sehkraft eines Auges auch nach völliger Anpassung und Gewöhnung an das einäugige Sehen regelmäßig Anspruch auf eine Teilrente von 33⅓ Prozent. — Beim Verlust eines Zeigefingers ist die Entziehung der Rente nur dann gerechtfertigt, wenn völlige Gewöhnung des Verletzten an den Verlust eingetreten ist und außerdem die tatsächlichen Verhältnisse, insbesondere die Arbeits- und Lohnverhältnisse das Fortbestehen einer Einbuße an Erwerbsfähigkeit ausgeschlossen erscheinen lassen. — Die Rente eines Gefangenen ist den Angehörigen in dem Maße zu überweisen, in dem ihnen bei seinem Tode eine Rente zustehen würde. — Der Rekurs ist zulässig in allen Fällen, in denen es sich um Neufeststellung einer Dauerrente nach Beendigung von Heilanstaltspflege handelt; § 1700 Nr. 8 der RVO. ist hier nicht anwendbar. — Eine vorläufige Rente im Sinne des § 1585 RVO. liegt nur dann vor, wenn sie im Einspruchsbescheid ausdrücklich als „vorläufige" bezeichnet worden ist, nicht nur dann schon, wenn sich aus dem Inhalt des Bescheids oder seiner Unterlagen ergibt, daß die Rente als Dauerrente noch nicht festgesetzt werden konnte. Eine vorläufige Rente kann auch nach Heilanstaltspflege neu festgesetzt werden. Eine Rente alten Rechts kann nur beim Vorliegen einer wesentlichen Aenderung der Verhältnisse neu festgestellt werden.

Im Jahre 1915 wurden von den gewerblichen Versicherungsträgern 231 395 und von den landwirtschaftlichen 152 700 Bescheide nach den §§ 1583 und 1606 RVO. erlassen, worunter sich 38 552 und 15 327 Endbescheide befanden. Das ist gegenüber dem Vorjahr eine ganz erhebliche Abnahme; bei der erstgenannten Ziffer beispielsweise von rund 53 000. Die Zahlen für die Endbescheide ergeben die Anzahl der im Geschäftsjahr erledigten Einsprüche auf Grund des § 1591 RVO. Die für den Einspruch vorgeschriebene Vernehmung der Verletzten geschah überwiegend durch die Versicherungsämter. In nur 4631 (oder 8,74 Prozent) Fällen hatte der Einspruch einen Erfolg für den Verletzten. Ueber die Rechtsprechung der Oberversicherungsämter enthält der Bericht des Reichsversicherungsamts keine Mitteilungen mehr. Nach einem Erlasse des Herrn Staatssekretärs des Innern vom 11. Dezember 1915 wird beabsichtigt, für Zeiträume von je fünf Jahren eine kurze Zusammenstellung der Tätigkeit der Versicherungsämter und Oberversicherungsämter zu veröffentlichen.

Beim Reichsversicherungsamt wurden im Jahre 1915 zusammen 5800 Rekurse und Anträge anhängig, gegen 8301 im Jahre 1914. Diese Abnahme um 30,13 Prozent ist hauptsächlich auf die durch die Reichsversicherungsordnung eingeführte Beschränkung des Rechtsmittels des Rekurses zurückzuführen. Die Rekurshäufigkeit war größer in der gewerblichen als in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. Die Rekurse der Versicherten sind weit häufiger als die der Versicherungsträger. Eine besondere Aufklärung des Sachverhaltes hat das Reichsversicherungsamt in 2313 Fällen für notwendig erachtet. Beweiserhebung vor der Verhandlung wurde in 1372 Fällen beschlossen, auf Grund der Verhandlung in 941 Fällen. Es fanden statt 606 Sitzungen mit 8869 mündlichen Verhandlungen, gegen 886 bezw. 12 790 im Jahre 1914. Unter den Sitzungen waren vier des großen Senats. Der Verletzte selbst war in 9,7 Prozent der Verhandlungen, ein Vertreter von ihm in 19,3 Prozent derselben erschienen. Durch Urteil wurden 87,5 Prozent der Rekurse erledigt. 21,01

Proz. der Schiedsgerichts- oder Oberversicherungsamtsurteile wurden durch die Rekursinstanz völlig oder teilweise abgeändert. Bei den Rekursen der Versicherten betrug diese Zahl 15,7, bei denen der Versicherungsträger 45,6. Am häufigsten drehte sich der Streit um eine behauptete „Veränderung der Verhältnisse", sodann um den Grad der Erwerbsunfähigkeit, ob ein Zusammenhang zwischen dem Betriebsunfall und der Erwerbsunfähigkeit anzunehmen ist und ob der Unfall „im Betriebe" statt fand. Im Präjudizienbuche sind bis Ende Dezember 1915 zusammen 17 867 Sachen vermerkt worden. „Beschwerden in Unfallversicherungssachen gingen 1813 ein, sodaß mit den aus dem Vorjahr unerledigt gebliebenen 181 insgesamt 2017 zu bearbeiten waren. Davon blieben 577 unerledigt.

B. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

1. Verwaltung.

Bis zum 31. Dezember 1915 wurden überhaupt 3 416 001 Renten festgesetzt. Von diesen liefen am 1. Januar 1916 noch 1 339 085, und zwar 1 029 049 Invalidenrenten, 27 706 Krankenrenten, 82 914 Altersrenten, 30 615 Witwenrenten, 994 Witwen-Krankenrenten, 167 752 Waisenrenten (für Waisenstämme) und 55 Zusatzrenten. Es wurden neu festgesetzt in den Jahren:

	1913	1914	1915
Invalidenrenten	134 160	130 617	101 161
Krankenrenten	11 806	11 999	17 490
Altersrenten	11 906	10 828	11 715
Witwenrenten	8 474	9 836	11 304
Witwenkrankenrenten	303	386	637
Waisenrenten	25 919	30 240	107 995
Zusatzrenten	6	29	38
Witwengelder	8 082	10 273	34 877
Waisenaussteuern	460	887	1 408

Der Gesamtbetrag der bis Ende 1914 überhaupt gezahlten Entschädigungen beläuft sich auf 2 929 827 753 M.

Der Erlös aus dem Verkauf von Beitragsmarken ist unter dem Einfluß des Krieges weiter zurückgegangen. Er betrug bei den 31 Versicherungsanstalten 203 558 040 M. gegen 241 904 380 M. im Jahre 1914 und 262 845 836 M. im Jahre 1913. Das Reinvermögen der Versicherungsträger belief sich bereits Ende 1914 auf mehr als 2¼ Milliarden M. Von dem Rohvermögen waren am Schlusse des Jahres 1914 angelegt in Wertpapieren 39 Prozent, in Darlehn 55 Prozent und in Grundstücken 5 Prozent. Einen lediglich buchmäßig abgesonderten Bestandteil des Vermögens bildet das Gemeinvermögen der Versicherungsträger. Es dient zur Deckung der „Gemeinlast", d. h. des von allen Versicherungsträgern gemeinsam aufzubringenden Teils der Zahlungen an Renten. Die Gesuche außerhalb des Rechtsmittelzuges waren auch im Jahre 1915 zahlreich. Insgesamt gingen 804 derartige Sachen ein.

Im Jahre 1914 sind von den Trägern der Invalidenversicherung insgesamt 139 098 Versicherte mit einem Gesamtkostenaufwand von 30 273 255 M. behandelt worden. Davon kommen auf die ständige Heilbehandlung 46 624 Lungen- oder Kehlkopftuberkulöse mit 18 406 766 M., 259 Lupuskranke mit 83 436 M. usw. Seit 1907 sind im ganzen 1 285 124 Versicherte, darunter 520 894 wegen Tuberkulose, mit einem Gesamtaufwand von rund 300 Millionen M. in Heilbehandlung genommen worden. Für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung wurden im Jahre 1914 zusammen 9 352 120 M. ausgegeben, wovon 7 837 764 M. auf die durch den Krieg veranlaßten besonderen Aufgaben entfallen. Von letzteren entfallen auf Unterstützungen an Gemeinden und Kreise 1 827 789 M., Bereitstellung von Heilstätten für die Kriegskrankenpflege 1 309 250 M., Rotes Kreuz 283 600 usw. Der Bau von privaten Lungenheilanstalten wurde von den Versicherungsträgern durch Hergabe von Darlehn unterstützt, die sich Ende 1914 auf 16,4 Millionen M. beliefen.

Bei den Versicherungsanstalten sind jetzt insgesamt 486 Beamte zur Ueberwachung der Beitragsentrichtung tätig. Im Aufsichtsbezirk des Reichsversicherungsamts sind rund 3,33 Millionen Versicherte überwacht und an rückständigen Beiträgen im Jahre 1914 etwa 1 566 900 M. ermitteln und eingezogen worden. Im ganzen Reiche wurden im Jahre 1914 durch die Ueberwachungsbeamten 24 258 Personen neu zur Versicherung herangezogen.

Im Berichtsjahr sind von 28 Versicherungsträgern 5396 Versicherte (3619 Männer, 1777 Frauen) in Invalidenheimen untergebracht worden. Ohne Vermittelung der Versicherungsträger sind 20 952 Rentenempfänger in Siechen- und Krankenhäusern und ähnlichen Anstalten verpflegt worden. 10 Versicherungsträger besaßen eigene Invalidenhäuser, in denen 542 Betten zur Verfügung standen. An Pflegekosten sind im Jahre 1915 nach Abzug der Erstattungen insgesamt 1 457 635 M. aufgewendet worden. Die Verpflegungskosten betrugen pro Tag und Pflegling 1 M. Von der Befugnis, Empfänger von Waisenrenten in Waisenhäusern usw. unterzubringen, ist in 665 Fällen Gebrauch gemacht worden. Im Jahre 1915 wurden für Waisenhauspflege 92 891 M. ausgegeben.

Zur Anlegung von Geldern unter Ueberschreitung der Grenze der Mündelsicherheit ist die Genehmigung für Beträge in der Gesamthöhe von 7 670 310 M. erteilt worden. Hiervon waren 5 928 194 M. als Darlehn für gemeinnützige Zwecke bestimmt. Der Gesamtbetrag der bis zum 31. Dezember 1915 für gemeinnützige Zwecke überhaupt aufgewendeten Mittel beläuft sich auf 1 412 068 262 M. Das sind gegen 1914 mehr 60 661 945 M. Von diesen Anlagen steht an erster Stelle die Arbeiterwohnungsfürsorge mit 558 927 857 M.

2. Rechtsprechung.

Zur Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenfürsorge waren viele Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu erlassen. Die Entscheidungen in Krankenversicherungssachen betrafen zum Teil noch das Krankenversicherungsgesetz. Soweit das neue Recht in Frage kommt, drehten sich die Streitfälle häufig noch um die Vorstandswahlen, die Kündigung von Angestellten, der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes, der Frage der Versicherungspflicht, der Gewährung des Krankengeldes und der Krankenpflege, der Reichswochenhilfe usw. Die Entscheidungen auf dem Gebiete der Invalidenversicherung betrafen zum Teil die Krankenrente, den Rentenbeginn, die Hinterbliebenenbezüge und den Kinderzuschuß nach § 1291 RVO. — Der Anspruch auf Krankenrente nach § 1255 Abs. 3 RVO. ist nur begründet, wenn nach Ablauf der

26 Wochen ununterbrochener Invalidität oder bei Wegfall des Krankengeldes noch Invalidität fortbesteht. — Die Vorschrift des § 1256 Satz 2 über den Beginn der Rente ist nicht anzuwenden, wenn zwar der Tag des Beginns der Invalidität nicht genau festzustellen ist, aber feststeht, daß die Invalidität erst nach dem Eingang des Rentenantrags eingetreten ist. — Zu den Kindern im Sinne des § 1291 RVO. gehören auch die nach §§ 1741 bis 1772 des Bürgerlichen Gesetzbuches an Kindesstatt angenommenen. — Andere Entscheidungen bezogen sich auf die Anwartschaft, die Kapitalabfindung, die Anrechnung von Rentenbezugszeiten und die Nachentrichtung von Beiträgen. Die Entscheidungen, die sich lediglich mit den Vorschriften des fünften Buches der Reichsversicherungsordnung befaßten, betrafen vielfach die Beziehungen der Krankenkassen zu anderen Versicherungsträgern. Es wurde hierbei z. B. entschieden, daß der Pauschbetrag für Krankenpflege nach § 1503 RVO. in jedem Falle auch für Sonn- und Feiertage verlangt werden kann, gleichviel ob diese Tage bei Festsetzung des Grundlohnes in Betracht kommen oder nicht. — Uebernimmt eine Berufsgenossenschaft nach § 1513 RVO. vor dem Ablauf der Wartezeit das Heilverfahren für einen durch Betriebsunfall Verletzten, so ist sie nicht verpflichtet, ihn durch einen Arzt seiner Krankenkasse behandeln zu lassen. — Mehrere Entscheidungen ergingen über die Ersatzansprüche der Knappschaftsvereine und der Ersatzkassen usw. nach §§ 1528, 1529 RVO. Der große Senat des Reichsversicherungsamts hatte in 8 Fällen zu entscheiden. Die Entscheidungen betrafen in erster Linie die Ansprüche der Kriegsteilnehmer an die Krankenkassen. In 7 Fällen hatte das Reichsversicherungsamt über Beschwerden von Versicherten oder Versicherungsträgern wegen Auferlegung der Gebühr nach § 1803 RVO. zu entscheiden.

Die Zahl der im Jahre 1915 eingegangenen Revisionen in Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenrentensachen betrug 1978 gegen 3202 im Jahre 1914. Die Landesversicherungsanstalt Schlesien steht mit 572 Revisionen (gegen 1251 im Jahre 1914) an erster Stelle. Aus dem Bereich der Sonderanstalten lagen 143 Revisionen (gegen 187 im Vorjahr) vor. Hiervon entfallen allein auf den allgemeinen Knappschaftsverein 81. Der Anteil der Altersrentensachen an den gesamten Revisionen beträgt 1,57 Prozent, derjenige in Hinterbliebenenrentensachen 9,95 Prozent. Erledigt wurden 3319 Sachen; unerledigt wurden 896 Sachen in das Jahr 1916 übernommen. In Krankenversicherungssachen gingen 311 Revisionen ein (gegen 140 im Jahre 1914). Das Rechtsmittel wurde eingelegt in 213 Fällen von Versicherten und in 2 Fällen von sonstigen Berechtigten, in 96 Fällen von Krankenkassen. Durch Urteil wurden 224 Revisionen erledigt, und zwar wurden 136 Revisionen zurückgewiesen. 30 waren erfolgreich, in 58 Fällen wurde auf Zurückverweisung an die Vorinstanz erkannt. Durch Zurücknahme usw. wurden 62 Revisionen erledigt. Erstattungs- und Ersatzansprüche aus §§ 1501 ff. RVO. wurden 143 zur Entscheidung anhängig gemacht. Insgesamt fanden 263 Sitzungen der Revisionssenate statt, in denen über 3396 Sachen verhandelt wurden.

Von den Versicherungsanstalten und Sonderanstalten wurden im Berichtsjahr 356 283 berufungsfähige Bescheide erlassen. Hiervon betreffen 39,2 Prozent Invaliden-, 3,6 Prozent Altersrentensachen und 57,2 Prozent Hinterbliebenenrentensachen. Die nach § 1459 Abs. 2 RVO. ergangenen 21 grunsätzlichen Entscheidungen betreffen im besonderen die Versicherungspflicht, die Versicherungsberechtigung, den versicherungsrechtlichen Begriff des Arbeitgebers und die Rückerstattung von Beiträgen. Der Beschlußsenat hielt 20 Sitzungen ab, in denen 146 Streitsachen verhandelt wurden. Von diesen betrafen 8 die Invalidenversicherung und 138 die Krankenversicherung. Die vom Beschlußsenat entschiedenen Streitsachen betrafen vielfach Beschwerden wegen Nichtgenehmigung von Satzungsbestimmungen. Dabei war Gelegenheit, zu einer Reihe grundsätzlicher Fragen Stellung zu nehmen. Auch über die Rechtsgültigkeit von Wahlen zu den Kassenorganen war in mehreren Fällen zu entscheiden. Eine Reihe weiterer Entscheidungen betraf das Verfahren, das von den Versicherungsbehörden zu beobachten ist. Alles in Allem ist der Bericht wiederum sehr lehrreich.

Im Anschluß an diesen Auszug veröffentlichen wir nachstehend noch einen uns inzwischen zugegangenen Beitrag, der den Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts besonders unter dem Gesichtspunkte des Krieges betrachtet.

Das Reichsversicherungsamt im Kriegsjahr 1915.

Der Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts für 1915 läßt deutlich erkennen, daß das Gebäude unserer Arbeiterversicherung so fest gefügt ist, daß ihm auch die furchtbaren Stürme des jetzigen Weltkriegs nichts anhaben können; spurlos gehen allerdings diese schweren Zeiten nicht vorüber. Auch in der Tätigkeit des Reichsversicherungsamts spiegelt sich der Einfluß des Krieges wieder. Am stärksten ist ein Rückgang in der Spruchtätigkeit der Rekurssenate auf dem Gebiete der Unfallversicherung zu verzeichnen. Das hat zunächst seinen Grund darin, daß durch die Abberufung zahlreicher Versicherter zum Heeresdienst der Umfang der Betriebe vielfach eingeschränkt worden ist. Während im Jahre 1913 nicht weniger als 519 902 Bescheide von den Trägern der Unfallversicherung erlassen wurden, beträgt ihre Zahl im Jahre 1915 nur 384 095. Dem Rate des Reichsversicherungsamts folgend haben sich die Berufsgenossenschaften in der Aenderung der Rentenbescheide und in der Herabsetzung der Renten die größte Zurückhaltung auferlegt. Die Zahl der erlassenen Bescheide würde voraussichtlich noch geringer gewesen sein, wenn nicht die Zahl der Unfälle durch die Einstellung zahlreicher ungelernter Arbeitskräfte beeinflußt worden wäre. Dazu kommt, daß die Berufsgenossenschaften bei der Festsetzung der Entschädigungen den Unfallverletzten größtes Wohlwollen beweisen und auf ihre Wünsche nach Möglichkeit eingehen. Hauptsächlich sind aber die Geschäfte der Rekurssenate dadurch gemindert worden, daß die Reichsversicherungsordnung die Zulässigkeit des Rekurses erheblich eingeschränkt hat. Die Minderung wurde s. Z. auf etwa 70 v. H. der Rekurse geschätzt. Diese Berechnung scheint nicht fehlgegangen zu sein, denn statt 24 184 Rekurse im Jahre 1911 sind im Jahre 1915 nur 5701 Rekurse eingegangen. Ob dieses der Normalbestand bleiben wird, läßt sich während des Krieges nicht beurteilen, auf alle Fälle wird man aber mit einer bedeutenden Entlastung des Reichsversicherungsamts zu rechnen haben, die auch in dem Personalbestand auf die

Dauer zum Ausdruck kommen muß. Vorläufig waren noch die unerledigten Rekurse aus den Vorjahren aufzuarbeiten und durch den Krieg die Zahl der Beamten erheblich eingeschränkt. Im Zusammenhang mit der Erschwerung des Rekurses stand die Schaffung eines besonderen Einspruchsverfahrens, das sich vor dem Versicherungsamt vor Erlaß des Endbescheides des Trägers der Unfallversicherung abspielt. Leider erfährt man darüber nichts, wie sich diese Neuerung bewährt hat und ob auch sie zum Hintanhalten der Rekurse beigetragen hat. Auch hier wird naturgemäß ein abschließendes Urteil erst in Jahren gleichmäßiger Friedensarbeit möglich sein.

Bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hat die Zahl der festgesetzten Renten ganz erheblich zugenommen, und zwar infolge der durch den Krieg herbeigeführten Steigerung der Invaliditäts- und Todesfälle. Die Zahl aller Renten stieg von 166 389 im Jahre 1912, also dem ersten Jahre unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung, auf 250 340 im Jahre 1915. Am meisten sind hierbei die Waisenrenten beteiligt, deren Zahl von 13 962 im Jahre 1912 auf 107 995 im Jahre 1915 stieg. Bei den Witwenrenten steigerte sich im gleichen Zeitraum die Zahl von 3811 auf 11 304; die Zahl aller laufenden Invaliden- und Hinterbliebenenrenten betrug im Jahre 1915 rund 1 340 000, was gegen das Jahr 1915 eine Steigerung von rund 300 000 ausmacht. Trotzdem ist die Spruchtätigkeit des Reichsversicherungsamts ganz wesentlich zurückgegangen . Statt 5939 Revisionen im Jahre 1911 wurden im Jahre 1915 nur 1978 Revisionen anhängig. Zu nicht geringem Teile wird diese Minderung auf die wohlwollende Behandlung der Rentenanträge durch die Landesversicherungsanstalten während des Krieges zurückzuführen sein; beteiligt hieran ist aber auch die Tatsache, daß durch die Reichsversicherungsordnung manche Härten und Zweifel in der Gesetzgebung beseitigt worden sind, denn der Rückgang in der Zahl der Revisionen hat schon mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung eingesetzt.

Auffallend gering ist die Mehrbelastung, die dem Reichsversicherungsamt aus der Erweiterung seiner Zuständigkeit auf dem Gebiete der Krankenversicherung erwachsen ist. Es gingen 311 Revisionen ein gegen 140 im Jahre 1914. Der Beschlußsenat verhandelte in 138 Streitsachen, die durchweg Fragen von grundsätzlicher Bedeutung betrafen. Dabei ist jedoch zu beachten, daß bei der Entscheidung über diese Revisionen eine große Zahl der schwierigsten Rechtsfragen zu erörtern war, so daß die Erledigung einer Streitsache auf dem Gebiete der Krankenversicherung ganz anders zu bewerten ist, als eine Entscheidung in Angelegenheiten der Unfall- oder Invalidenversicherung. Zu erwähnen ist schließlich noch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts in Ersatzstreitigkeiten zwischen Versicherungsträgern unter einander sowie zwischen Armenverbänden und Versicherungsträgern. Auch hier liegt eine wichtige Erweiterung der Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts vor. An Revisionen gingen nur 143 ein, hauptsächlich Ersatzstreitigkeiten aus der Krankenversicherung. Auch diese Streitigkeiten setzen die Auslegung einer schwierigen und in ihrer Fassung nicht gleichmäßig geglückten Materie voraus, so daß hier eine verhältnismäßig erhebliche Mehrbelastung zu verzeichnen ist.

Im übrigen ist das Reichsversicherungsamt auch im verflossenen Jahre bemüht gewesen, auf dem Gebiete der Kriegswohlfahrtspflege gegenüber den ihm unterstellten Versicherungsträgern anregend zu wirken. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die bestmögliche Heilung der Kriegsbeschädigten und die Bekämpfung der Gefahr der Geschlechtskrankheiten bei Kriegsteilnehmern gerichtet worden. Auch die Anregungen des Reichsversicherungsamts wegen tunlichster Berücksichtigung invalider Offiziere sowie von Inhabern des Zivilversorgungs- und des Anstellungsscheins bei Besetzung freier Stellen sind bei den Berufsgenossenschaften auf fruchtbaren Boden gefallen. Die Versicherungsanstalten sind ohnehin zur Anstellung von Militäranwärtern verpflichtet. Beträchtliche Mittel haben die Versicherungsanstalten mit Zustimmung des Reichsversicherungsamts auch für die Gesundheitspflege der im Felde stehenden Truppen aufgewendet. Weitere Fürsorgemaßnahmen betreffen die Zurückführung der Kriegsbeschädigten in das wirtschaftliche Leben (Berufsberatung, Berufsumschulung, Arbeitsvermittelung usw.) und die Erhaltung der Volkskraft namentlich durch eine gesteigerte Jugendfürsorge.

Zeichnungen der Versicherungsträger auf die vierte Kriegsanleihe.

An der Aufbringung der vierten Kriegsanleihe haben sich wieder die Träger der Reichsversicherung in hervorragendem Maße beteiligt. Nach den bisherigen, nahezu vollständigen Feststellungen haben die Berufsgenossenschaften, die Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung, für die vierte Kriegsanleihe rund 51 Mill. M. gezeichnet, wovon rund 48 Mill. auf die gewerblichen und 3 Mill. auf die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften entfallen. An den drei vorangegangenen Anleihen hatten sich die gewerblichen mit rund 128 Mill., die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften mit 15 Mill. M. beteiligt. Danach belaufen sich ihre gesamten Kriegsanleihezeichnungen auf rund 194 Mill. M. — In noch höherem Grade, entsprechend den ihnen zur Verfügung stehenden größeren Mitteln, haben die Versicherungsanstalten, die Träger der reichsgesetzlichen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, zu den Kriegsanleihen beigesteuert. Nachdem sie zu den ersten drei Anleihen insgesamt 349 Mill. M. gezeichnet hatten, haben sie sich an der vierten mit 155 Mill. M. beteiligt, so daß sich ihre gesamten Zeichnungen auf 594 Mill. M. beziffern. — Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat 60 Mill. M. gezeichnet. — Auch die Krankenkassen haben nach einzelnen uns zugegangenen Mitteilungen wiederum sehr namhafte Beträge gezeichnet. Eine abschließende Uebersicht ihrer Beteiligung liegt bisher nicht vor.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Krankenversicherungspflicht der Küster.

1. B. 50. Antwort: Wir verweisen auf unsere Auskunft in Arb.-Vers. 1915 S. 718 Ziff. 5. Danach ist zunächst festzustellen, ob die beiden Küster Angestellte in gehobener Stellung sind. Ist dies zu verneinen, so sind sie ohne Rücksicht darauf, daß ihre Betätigung als Küster nur die Bedeutung eines Nebenberufs hat, versicherungspflichtig. Ist aber jene Frage nach der Art ihrer Aufgaben als Küster zu bejahen, so verneinen wir die Versicherungspflicht in beiden Fällen, weil es sich nur um einen Nebenberuf handelt.

Zur Krankenversicherungspflicht der Postagenten.

2. Nach Kottbus. Antwort: Besteht für den Postagenten die Verpflichtung, dafür zu sorgen, daß im Falle seiner Behinderung — z. B. durch Krankheit — eine andere Person — etwa seine Ehefrau — die Geschäfte versehe, so kann nicht davon die Rede sein, daß ihm im Krankheitsfalle die Vergütung zustehe. Vielmehr wird diese dann für die Fortführung der Geschäfte gewährt, mag diese auch von einer andern Person geleistet werden. Aus diesem Grunde würde Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. nicht bestehen. — Im Einzelfalle ist aber zu prüfen, ob der Postagent die Postgeschäfte nur im Nebenberuf versieht und aus diesem Grunde Versicherungsfreiheit besteht (§ 165 Ziff. 2 RVO.).

Zur Anwendung des § 1511 RVO. bei Vorleistung der Kasse.

3. Nach K. W. W. Frage: § 1501 RVO. bestimmt, daß die Krankenkasse Anspruch auf die Unfallrente hat und zwar in den Grenzen der §§ 1502—1507. Nach § 1506 ist der Anspruch nur begründet bis zum halben Betrage der Unfallrente, die auf die Zeit entfällt, für welche die Ansprüche auf Krankenkassenleistung und Vollrente zusammenfallen. Der Versicherte erhält dann tatsächlich bei Vorleistung der Krankenkasse soviel wie die volle Leistung der Krankenkasse zuzüglich der halben Unfallrente. Die Betriebskrankenkasse beansprucht jedoch die Erstattung des ganzen Krankengeldes für die Zeit des Bezuges der Vollrente und in der der Verletzte gleichzeitig Krankengeld bezogen hat. Im Statut der Krankenkasse ist eine dem § 1511 RVO. wörtlich entsprechende Bestimmung enthalten, wonach „für die Zeit, für welche Unfallrente oder Heilanstaltspflege gewährt wird, Krankengeld nur soweit gewährt wird, als es den Betrag der Unfallrente übersteigt. Dabei wird der Unterhalt in der Heilanstalt gleich der Vollrente gerechnet." Die Vollrente übersteigt aber in jedem Falle das Krankengeld. Kann nun der Krankenkasse das Krankengeld wirklich in voller Höhe erstattet werden, oder ist nach den Bestimmungen des § 1506 zu verfahren? Im Falle der Erstattung des Krankengeldes in voller Höhe würde dem Gesichtspunkt der Belastung einer gewissen Notdurft und dem Umstande, daß der Versicherte für die Leistungen der Krankenversicherung Beiträge geleistet hat, und ihm im begrenzten Maße einen festbestimmten Anspruch auf Doppelleistung zu gewährleisten ist, wie es das Gesetz will, nicht Rechnung getragen werden. Der Grundsatz, daß der Ersatzanspruch dem Versicherten die halbe Unfallrente freilassen muß, würde somit dann fallen gelassen sein.

Antwort: Es handelt sich um eine oft erörterte und sehr zweifelhafte Frage, über die wir unsere Auffassung in Arb.-Vers. 1914 S. 725 Ziff. 4 dargelegt haben. Im Jahre 1915 S. 498 finden Sie eine widersprechende Entscheidung. Dagegen ist Dr. Stein in „Berufsgenossenschaft" 1915 S. 217 ff. mit ausführlicher Begründung uns beigetreten. Wir halten an unserer Auffassung fest, weil sie auch der Absicht des Gesetzes (§ 1511) am ehesten entsprechen dürfte, die doch dahin geht, daß die Kasse befugt sein soll, durch die Satzung eine Doppelleistung auszuschließen und insoweit ihre eigene Leistungspflicht einzuschränken. Mußte sie im Hinblick auf § 1501 gleichwohl Krankengeld zahlen, weil die Rente noch nicht festgestellt war, so ergibt sich aus der nachträglichen Feststellung, daß sie im Grunde ohne eigene Pflicht, nur an Stelle der Berufsgenossenschaft Rente und nicht Krankengeld gezahlt hat, so daß folgerichtig insoweit der vorgeschossene Rentenbetrag ihr gebührt. — Nach Erteilung dieser Auskunft ist die grundsätzliche Entscheidung des RVA. 2152 (Amtl. Nachr. 1916 S. 359) veröffentlicht worden, die abweichend von unserer Auffassung, dahin geht, daß der Ersatzanspruch einer Krankenkasse gegen eine Berufsgenossenschaft sich auch dann nach den allgemeinen Vorschriften der §§ 1501 ff. RVO. richtet, wenn die Kassensatzung eine dem § 1511 entsprechende Bestimmung enthält.

Zugehörigkeit einer außerhalb des Innungsbezirks belegenen Anlage zur Innungskrankenkasse?

4. Nach Hannover. Frage: Ein der Zwangsinnung als Pflichtmitglied angehöriger Bauunternehmer führt seit Jahren an einem anderen Orte bestimmte Bauarbeiten aus und er hat dort ein eigenes Grundstück erworben zur Lagerung der Geräte und Materialien und für

das Bureau. Die Firma ist hier in das Handelsregister eingetragen, einer der Firmeninhaber wohnt hier, der andere an dem anderen, auswärtigen Betriebsorte, der Gerichtsstand ist hier. Das auswärtige Unternehmen ist wirtschaftlich abhängig vom Stammsitze, wie auch die Entscheidungen über bedeutungsvolle Fragen technischer oder wirtschaftlicher Art nur in Gemeinschaft mit dem hier wohnenden Firmeninhaber erfolgen. Nach der gelegentlich der Beratung der Satzungen im Reichsamt des Innern von den Regierungsvertretern abgegebenen Erklärung kommt § 153 über den Beschäftigungsort für Innungskrankenkassen überhaupt nicht in Frage, sondern es sei nur zu entscheiden, ob die auswärts beschäftigten Arbeiter zum Betriebe des Innungsmitgliedes gehören. Diese Ansicht ist mehrfach auch in der Fachliteratur zum Ausdruck gekommen. Die Ortskrankenkasse des Beschäftigungsortes glaubt aber dennoch die dort beschäftigten Arbeiter für sich in Anspruch nehmen zu können mit Rücksicht auf die lange Dauer, den Umfang und die angeblich weit durchgeführte technische und wirtschaftliche Unabhängigkeit des dortigen Betriebes von dem Hauptbetriebe. Wir bitten um Ihre Ansicht zu dieser Frage.

Antwort: Pflichtmitglied der Innungskrankenkasse ist jeder Versicherungspflichtige, der in einem der Innung angehörigen Betriebe beschäftigt ist (§ 250 RVO.). Ob die Beschäftigung am Betriebssitze stattfindet, ist ohne Belang, da es nur darauf ankommt, daß die Beschäftigung unmittelbar oder auch mittelbar den Zwecken des Betriebes dient. Die Vorschriften über den Beschäftigungsort kommen dabei nicht in Betracht (Hahn, Handb. der Kr.Vers. Vorbem. 1 vor §§ 153 ff. und Anm. 3b zu § 250; Entscheidung des badischen VGH. in Arb.Vers. 1908 S. 469). Hiernach kann auch eine Beschäftigung außerhalb des Innungsbezirks die Pflichtmitgliedschaft bei der Innungskrankenkasse begründen, wenn die Betriebsveranstaltung, bei der die Beschäftigung stattfindet, nur einen unselbständigen Bestandteil oder Zubehör des im Innungsbezirke belegenen und zur Innung gehörigen Betriebes darstellt. Bildet aber eine solche Veranstaltung einen selbständigen Betrieb für sich (Zweig- oder Nebenbetrieb), so gehört sie nicht zur Innung und folglich auch nicht zur Innungskrankenkasse. Ob Selbständigkeit oder Unselbständigkeit der einzelnen Betriebsveranstaltung im Sinne der erwähnten Unterscheidung anzunehmen ist, kann nur nach der Gesamtheit aller Umstände des Einzelfalls beurteilt werden. Enge räumliche Verbindung, Gemeinsamkeit von Betriebsanlagen, Wechsel der Arbeiter zwischen dem Hauptbetriebe und der auswärtigen Veranstaltung, Einheitlichkeit der Leitung usw. würden für die Annahme eines bloßen Betriebsteils sprechen. Das scheint aber im vorliegenden Falle nicht zuzutreffen. Die bloße wirtschaftliche Abhängigkeit des auswärtigen Unternehmens vom Stammsitze genügt nicht. Ersichtlich hat es in einem der beiden Firmeninhaber einen besonderen Leiter. Demgegenüber ist es nicht von Bedeutung, daß wichtige Fragen zwischen den beiden erörtert und danach entschieden werden. Solche Beschränkungen erklären sich durch die Einheit des Interesses, beweisen aber nicht die Einheit des Betriebes. Wir nehmen nach dem Inhalt der Anfrage an, daß die auswärtige Veranstaltung einen besonderen Betrieb darstellt, der nicht zur Innung und folglich nicht zur Innungskrankenkasse gehört.

Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß § 418 bedingt nicht ohne weiteres den Verlust des Vorstandsamtes.

5. Nach St. i. P. Antwort: Wer nach §§ 418, 435 RVO. von der Versicherungspflicht befreit ist, ist nicht Mitglied der Kasse und besitzt daher auch nicht die Wählbarkeit zu ihren Organen. Tritt die Befreiung erst ein, nachdem der Versicherte zum Vorstandsmitglied geworden war, so verliert er aber nicht ohne weiteres sein Amt, sondern muß dessen erst durch das Versicherungsamt gemäß § 24 RVO. enthoben werden.

Krankenversicherungspflicht beurlaubter Kriegsteilnehmer.

6. Nach Aachen. Atwort: Wie wir schon wiederholt ausgesprochen haben, unterliegen Kriegsteilnehmer, die während eines Urlaubs eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben, der Krankenversicherungspflicht. Wir verweisen z. B. auf die Auskünfte der Arb.-Vers. 1915 S. 192, 671, 816.

Verlassen des Kassenbezirkes nach der Erkrankung.

7. Nach Reuß. Antwort: In dem geschilderten Falle hat die Versicherte den Anspruch auf die Kassenleistungen nicht dadurch verloren, daß sie nach ihrer Erkrankung den Kassenbezirk verließ und sich in ihre Heimat begab. Sie tat dies, weil sie dort ihren Lebensunterhalt billiger beschaffen konnte und in dem Kassenbezirk infolge der dortigen teuren Lebenshaltung sogar in eine Notlage geraten war. Sie kann die Krankenhilfe an ihrem Wohnort verlangen, und dies war nunmehr ihr Heimatsort geworden. Vergl. Arb.-Vers. 1913 S. 480 Ziff. 4. Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 10a zu § 182 S. 267.

Entschädigung für Ausstellung der Invalidenkarten durch die Krankenkasse.

8. Nach Cöln-Deutz. Antwort: An sich hat natürlich die Betriebskrankenkasse die Entschädigung zu beanspruchen, die ihr von der Versicherungsanstalt dafür zu gewähren ist, daß sie dieser die Quittungskarte ausstellt. Es ist der Kasse aber unbenommen, dem, den sie mit der Ausführung der dazu erforderlichen Arbeiten betraut, eine Vergütung dafür zu zahlen und kann dafür auch den Betrag aussetzen, den sie ihrerseits von der Versicherungsanstalt erhält. Die Beanstandung durch das Versicherungsamt wäre nur dann gerechtfertigt, wenn die dem Beauftragten gewährte Vergütung im Verhältnis zu der Arbeit unangemessen hoch wäre.

Zum Anspruch des Weiterversicherers auf Ersatzgeld aus § 193, Abs. 3 RVO.

9. Nach C. i. W. Frage: Ein früheres Mitglied unserer Kasse, das zum Heeresdienst einberufen wurde und sich bei der Kasse weiterversichert hat, wurde in der Garnison krank und stellt jetzt unter Vorlage einer militärärztl. Krankheitsbescheinigung Antrag auf Gewährung der Kassenleistungen. Nach § 24 unserer Satzung erhalten nun Weiterversicherte, wenn sie sich nicht im Bezirk des Versicherungsamts aufhalten, anstatt der Krankenpflege das halbe Krankengeld. Dies trifft hier zu, da der Garnisonsort außerhalb des Bezirks des Versicherungsamts liegt. Hat nun

der Erkrankte außer seinem Anspruch auf Krankengeld auch noch Anspruch auf Zahlung des halben Krankengeldes an Stelle der Krankenpflege, oder ist im Hinblick darauf, daß der Betreffende schon im Militärlazarett Krankenpflege erhält, dieser Anspruch ausgeschlossen?

Antwort: Das Mitglied hat keinen Anspruch auf das Ersatzgeld für Krankenpflege. Dieses ist an Stelle der „Krankenpflege zu zahlen" (§ 193 Abs. 3 RVO.). Wird sie aber schon von anderer Seite auf Grund eines gesetzlichen Anspruchs gewährt, so kann für sie kein Ersatz mehr gefordert werden. (Vgl. Arb.Vers. 1915 S. 432 Ziff. 15.)

Irrtümliche Annahme eines Betriebsunfalls durch die Kasse.

10. Nach Schwerin i. M. Antwort Ergeben die tatsächlichen Feststellungen, daß ein Betriebsunfall vorliegt, so kann die Kasse ihren Anspruch auf Ersatz des Unfallzuschusses gegen die Berufsgenossenschaft gemäß §§ 1508, 1515, 1771 ff. RVO. geltend machen. Liegt ein Betriebsunfall nicht vor, so muß der Versicherte der Kasse den Betrag erstatten, um den er zurzeit noch bereichert ist (§§ 812 ff. BGB.). Der Arbeitgeber würde in diesem Falle der Kasse nur dann haften, wenn er, was wohl nicht anzunehmen ist, absichtlich ihr falsche Angaben gemacht hat, nicht aber dann, wenn er den Fall in rechtlicher Beziehung falsch beurteilt oder sich auch über die tatsächlichen Vorgänge geirrt hat.

Kriegswochenhilfe aus der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 auch bei Fortzahlung des Gehalts. — Kriegswochenhilfe während des Urlaubs des Kriegsteilnehmers.

11. Nach Stockach. Antwort: Wir nehmen nach der Darstellung des Sachverhalts an, daß die Voraussetzungen des § 1 Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 erfüllt sind. Dann besteht allerdings ein Anspruch auf die Kriegswochenhilfe für die Ehefrau des Kriegsteilnehmers. Hierbei ist Bedürftigkeit nicht Voraussetzung. Infolgedessen ist der Anspruch gegeben, auch wenn dem Kriegsteilnehmer während seiner Kriegsdienste das volle Arbeitseinkommen fortgezahlt wird. Jedoch wird die Kriegswochenhilfe nicht gewährt für die Zeit, während deren der Kriegsteilnehmer seine berufliche Tätigkeit gegen Entgelt ausübt. Nur auf diesen letzteren Fall beziehen sich die Ausführungen in der Arb.Vers. S. 56. Das würde auch für den Fall gelten, daß der Versicherte zwar im militärischen Dienstverhältnis verbleibt, aber während eines Urlaubs eine Berufstätigkeit gegen Entgelt ausübt.

Unterbringung des Versicherten in einer Irrenanstalt ohne Zustimmung der Kasse.

12. Nach Osterholz. Antwort: Wenn der Kassenarzt die allgemeine Ermächtigung besaß, Krankenhausbehandlung anzuordnen, so müßte die Kasse, da er sie für notwendig erklärt hat und daraufhin die Unterbringung erfolgt ist, die vollen Kosten übernehmen. Besaß er aber eine solche Ermächtigung nicht — was die Regel bildet so hat die Kasse im allgemeinen freies Ermessen, ob sie Anstaltspflege gewähren will oder nicht. Lehnt sie es ab, so muß sie zunächst einmal das Krankengeld zahlen, wird ferner festgestellt, daß die notwendige ärztliche Behandlung nur innerhalb einer Anstalt gewährt werden kann, was bei Geisteskranken häufig zutreffen wird, so muß sie auch die Kosten dieser ärztlichen Behandlung tragen Dagegen braucht sie auch in diesem Falle die Kosten des Unterhalts im Krankenhaus nicht zu übernehmen; nur Krankengeld muß sie, wie schon erwähnt, noch zahlen Aber freilich würden ihr die gesamten Anstaltskosten zur Last fallen, wenn die Aufsichtsbehörde die Unterbringung in der Anstalt gemäß § 184 Abs. 4 angeordnet hat.

Uebernimmt der Armenverband die Unterbringung in der Anstalt, so kann er von der Kasse, ohne Rücksicht darauf, ob diese sie billigt, oder nicht billigt, Ersatz gemäß §§ 1531 ff. RVO verlangen, also für die Krankenpflege $^{3}/_{8}$ des Grundlohnes (§§ 1533 Ziffer 2, 1503 Abs. 2 Satz 1) und für den Unterhalt in der Anstalt die Hälfte des Grundlohnes, jedoch regelmäßig nur bis zur Hälfte des Krankengeldes (§§ 1533 Ziffer 3, 1506 Abs. 1), bis zu dessen vollem Betrage nur dann, wenn in der Anstalt vollständiger Unterhalt gewährt wird (§ 1506 Abs 2); soweit der Armenverband nur die eine Hälfte des Krankengeldes zu beanspruchen hat, gebührt die andere dem Versicherten.

Wochenhilfe für die Ehefrau eines Mitgliedes ohne Erfüllung einer Wartezeit.

13. Nach B. Antwort: Wenn nach der Satzung nicht ausdrücklich für Mehrleistungen der Kasse eine sechsmonatige Mitgliedschaft, insbesondere eine solche des versicherten Ehemannes als Voraussetzung für den Anspruch auf Familienhilfe vorgeschrieben ist, so kann diese und somit auch die nach § 30 der Satzung zu gewährenden notwendigen Hebammendienste ohne Erfüllung einer Wartezeit beansprucht werden. Das hat freilich die merkwürdige Folge, daß Wöchnerinnen, die selbst versichert sind, insoweit schlechter gestellt sind, als sie erst die Wartezeit des § 195 RVO erfüllt haben müssen, um Wochenhilfe beanspruchen zu können.

Auf Beschwerden nach § 529 Abs. 3 RVO. entscheidet der Vorsitzende des Versicherungsamts allein.

14. Nach Halle a. S. Antwort: Ihre Auffassung ist irrig. Daraus, daß eine Sache vom Versicherungsamt im Beschlußverfahren zu erledigen ist, folgt keineswegs, daß der Beschlußausschuß (in der Besetzung durch den Vorsitzenden und zwei Beisitzern) zu entscheiden hat, sondern das Gesetz bestimmt, welche Sachen vor den Beschlußausschuß gehören (§ 1781 RVO), und zwar in der Weise, daß dem Worte „Versicherungsamt" in Klammern das Wort „Beschlußausschuß" hinzugefügt ist Wo dies nicht geschehen ist, entscheidet der Vorsitzende allein (vgl Entsch. d. RVA. vom 6. Mai 1914, Arb Vers. 1914 S. 742), so also auch auf Beschwerden nach § 529 Abs. 3.

Oertlich zuständige Kasse für Brunnenarbeiter.

15. Nach Forst-L. Frage: Eine hierorts ansässige Brunnenbaufirma hatte an einem Orte außerhalb ihrer Betriebsstätte und außerhalb des für diese zuständigen Versicherungsamtes Brunnenarbeiten ausführen lassen und die hierzu erforderlichen Arbeitskräfte am Ort der auszuführenden Arbeiten angenommen, jedoch diese bei der unterzeichneten Ortskrankenkasse zur Anmeldung gebracht. Der Arbeiter, um den es sich hier handelt, wohnt in L., während die Arbeiten in O. auszuführen waren. Für die beiden Orte L. und O. kommen

zwei verschiedene Versicherungsämter und Landkrankenkassen in Frage. Die letzteren beiden Kassen haben, trotzdem ihnen die hier eingezahlten Beiträge von uns zur Verfügung gestellt worden sind, die Mitgliedschaft bestritten, indem sie sich auf den § 154 RVO. berufen. Infolgedessen sahen wir uns genötigt, dem erkrankten Arbeiter die diesseitigen Kassenleistungen zu gewähren, obgleich die Beitragsentrichtung keine drei Monate bei dieser gedauert hat. Welche von den drei Kassen ist für die Anmeldung des erkrankten Arbeiters die zuständige Kasse? Sollte eine der beiden Landkrankenkassen für die Versicherung zuständig sein, bitten wir um Auskunft, ob eine gegen diese anzustrengende Klage um Erstattung der diesseits gemachten Aufwendungen Aussicht auf Erfolg hat.

Antwort: Wir sind der Ansicht, daß § 153 Abs. 1 RVO. anzuwenden, also die Kasse in O. zuständig ist. § 154 RVO. kommt u. E. deswegen nicht in Frage, weil der Arbeiter lediglich für die Arbeiten in O. angenommen, also nur dort beschäftigt worden ist. Ueber den Ersatzanspruch gegen die Kasse in O. ist nach § 224 Ziff. 2 RVO. durch das Versicherungsamt im Spruchverfahren zu entscheiden.

a) Wiedereintritt von Kriegsteilnehmern in die Krankenversicherung; Anspruch auf Leistungen wegen bereits bestehender Krankheit. b) Kassenzugehörigkeit einer Gutssekretärin.

16. Nach K. Antwort: a) Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts finden Sie in Arb. Vers. 1915 S. 821. Sie bezieht sich auf freiwillig weiterversicherte Kriegsteilnehmer, deren Versicherung nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen ist und die nach § 3 Ges. v. 4. August 1914 (Arb.Vers. 1914 S. 567) das Recht haben, binnen 6 Wochen nach ihrer „Rückkehr in die Heimat" in die Krankenversicherung wieder einzutreten. Eine solche Rückkehr hält das Reichsversicherungsamt nur dann für vorliegend, wenn der Kriegsteilnehmer „für längere Zeit zurückkehrt, so daß er in der Lage ist, sein bürgerliches Leben wieder aufzunehmen", also nicht schon „bei einem ganz vorübergehenden Aufenthalt". Daß die Voraussetzung immer gegeben sei, wenn ein Soldat einen Urlaub von mehr als 10 bis 12 Tagen erhält, ist in der Entscheidung nicht gesagt. Man wird immer von Fall zu Fall prüfen müssen, ob der Aufenthalt in der Heimat derart ist, daß von einer Wiederaufnahme des bürgerlichen Lebens die Rede sein kann. — Die Vorschrift des § 3 des Ges. ist durch § 1 der Verord. des Bundesrats laut Bek. v. 28. Jan. 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 104) auch auf solche Kriegsteilnehmer ausgedehnt worden, die zur Weiterversicherung nach § 313 RVO. berechtigt waren, hiervon aber keinen Gebrauch gemacht haben. Diese Personen aber kann die Kasse, wenn sie sich zum Beitritt melden, ärztlich untersuchen lassen, und sie haben keinen Anspruch auf Kassenleistungen wegen einer Erkrankung, die beim Wiedereintritt bereits besteht. Daraus, daß eine entsprechende Vorschrift in jenem § 3 des Ges. fehlt, folgt, daß die Weiterversicherten, deren Mitgliedschaft nur wegen Nichtzahlung der Beiträge nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen war, auch dann sofort Anspruch auf Kassenleistungen haben, wenn sie bereits bei ihrem Wiedereintritt krank sind.

b) Die im Betriebe beschäftigten Personen stehen im Gegensatz zu den zwar für den Betrieb, aber nicht mit eigentlichen Betriebsarbeiten, sondern im Bureau mit Schreib- und Rechnungsarbeiten beschäftigten Personen (vgl. Handb. der Unf.Vers. Anm. 24 zu § 1 GUVG.). Eine Gutssekretärin, die ausschließlich mit Arbeiten der letzteren Art betraut ist, ist daher im Sinne des § 235 RVO. nicht „in" der Landwirtschaft beschäftigt und gehört nicht in die Land-, sondern in die Ortskrankenkasse.

Ersatzanspruch der Kasse an den Unternehmer aus einem versicherungspflichtigen Unfall.

17. Nach Heidenheim. Antwort: Sollte ein versicherungspflichtiger Betriebsunfall vorliegen, so kann die Kasse in der Tat gegen den Arbeitgeber, obwohl er insofern fahrlässig gehandelt haben mag, als er nicht für genügende Bewachung des bissigen Hundes sorgte, keinen Ersatzanspruch geltend machen, da nicht durch strafgerichtliches Urteil sein Verschulden festgestellt ist (§§ 898,903 RVO.). Daß diese Feststellung deshalb unterblieben ist, weil der Verletzte keinen Strafantrag gestellt hat, ist unerheblich.

a) Berechnung des durchschnittlichen Tagesentgelts aus dem Jahreslohn. b) Beiträge für volle Wochen. c) Beitragspflicht bei mehrfacher Beschäftigung.

18. Nach A. Antwort: a) Der § 1246 RVO. gilt nur für die Invalidenversicherung, und es ist ganz verfehlt, im Wege der Umkehrung aus ihm herzuleiten, daß es zulässig sein müsse, in allen Fällen den für die Krankenkasse maßgebenden durchschnittlichen Tagesentgelt durch Teilung des Jahresarbeitsverdienstes durch 300 zu berechnen. Vielmehr hat Teilung durch die Zahl der wirklichen Arbeitstage des Versicherten zu erfolgen, so daß die Teilung durch 300 (bei Monatslohn durch 25, bei Wochenlohn durch 6) nur dann gerechtfertigt ist, wenn der Versicherte nur an Werktagen zur Verfügung des Arbeitgebers steht; steht er auch an Sonn- und Feiertagen zur Verfügung, so hat Teilung durch 360 (bzw. durch 30 oder 7) zu erfolgen. Das ist hier schon sehr oft erörtert worden.

b) Das Reichsversicherungsamt beschränkt die Bestimmung der Satzung, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben werden (§ 397 Abs. 4 RVO.; § 52 Ihrer Satzung) nur auf den Fall des Ausscheidens aus der Kasse (Arb.-Vers. 1914 S. 139). Danach wäre sie auf den Fall, daß die Beitragspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit ruht (§ 383 RVO.; § 56 der Satzung) überhaupt nicht anwendbar, und die für die Woche vorauserhobenen Beiträge wären anteilig zurückzuzahlen. Vgl. aber hiergegen: Hahn in Arb.-Vers. 1914 S. 140.

c) Maßgebend ist § 396 RVO. Die Kasse kann sich also nach Belieben an den einen oder an den anderen der beiden Arbeitgeber halten und ihm überlassen, beim Versicherungsamt die Verteilung der Beiträge zu beantragen.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1136 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 11. Mai 1916 | Heft 14

Einiges über die Enthebung von den Ehrenämtern.

(Fortsetzung zu Nr. 35 vom 11. Dezember 1915 S. 817.)

Von Oberregierungsrat Kobler in München.

Streitig ist, ob der Vorstand einer Krankenkasse ein Beschwerderecht gegen den Bescheid hat, den ein Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt auf Grund des § 24 RVO. erläßt. Die grundsätzliche Entscheidung 2021 Amtl. Nachr. 1915 S. 514 erklärt ausdrücklich, diese Frage nicht zu beantworten; sie spricht nur aus, daß einzelne Vorstandsmitglieder ebensowenig wie andere Personen zur Anfechtung des Bescheides berechtigt sind. Hahn verneint die Frage (Handb. für Krankenvers. Anm. 3 zu § 24). Breithaupt scheint im allgemeinen die Frage zu bejahen; ich schließe dies aus der Art, in welcher er in seiner Sammlung von Entscheidungen IV. Jahrgang S. 518 eine Entscheidung des Kgl. bayer. Landesversicherungsamtes*) wiedergibt. Das Landesversicherungsamt hat sich damals nicht so ausgesprochen, daß der Kassenvorstand nur dann als Partei beteiligt sei, wenn er ein rechtliches Interesse darlege; es hat vielmehr die vom Kassenvorstand erhobene Beschwerde schon deshalb als unzulässig erachtet, weil der Vorstand ein rechtliches Interesse in keiner Weise dargetan habe. Der Kassenvorstand hatte nach dem Inhalte der abgedruckten Entscheidung gegen den Beschluß der Vorinstanz sachlich nichts einzuwenden; er erklärte nur, daß es von allgemeinem wissenschaftlichen Interesse wäre, eine Rechtsfrage durch die oberste Instanz ausgetragen zu sehen. Das Landesversicherungsamt hat aber allem Anscheine nach geglaubt, daß es in einem solchen Falle an dem Beschwerdeschutzbedürfnisse mangele, daß der Beschwerdeführer kein Interesse an dem von ihm erstrebten Urteile, d. h. an seinen Wirkungen auf den einzelnen Fall habe (vgl. Gaupp-Stein, Zivilprozeßord., 11. Aufl., Vorbem. IV vor § 253). In der Streitfrage selbst hat aber das Landesversicherungsamt offenbar keine bestimmte Stellung eingenommen.

Hahn glaubt, daß der Vorstand schon deshalb kein Beschwerderecht habe,, weil er jetzt im ganzen Verfahren nicht einmal gehört zu werden brauche, das Gesetz also nur den von der Maßnahme Betroffenen als beteiligt ansehe; selbst wenn der Vorstand den Anlaß zum Einschreiten der Behörde gegeben haben sollte, könne er doch nicht als eigentlicher Antragsteller gelten, es handele sich vielmehr um eine Aufsichtstätigkeit, die von Amts wegen auszuüben sei.

Nun ist zwar richtig, daß der Wortlaut des § 24 RVO. selbst dem enthebenden Organe nur den Inhaber des Amtes gegenüberstellt und der Kasse oder ihrem Vorstande keine Parteistellung verleiht. Man wird es aber wohl aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen folgern müssen, daß der Vorstand

*) Arb.-Vers. 1916 Heft 9 S. 200.

Beschwerde erheben kann. Das Vorgehen der Versicherungsbehörden wird im allgemeinen von der Offizialmaxime beherrscht. Dieser Grundsatz bezieht sich auch auf die Frage, wer als Partei zu betrachten ist; auch die Parteien sind von Amts wegen zu ermitteln. Die Kasse kann an dem Rechtsstreite beteiligt sein, weil sie Nutzen oder Schaden von der Sache zu erwarten hat. Die Kasse hat einmal ein Interesse daran, daß die Stetigkeit der Verwaltung möglichst wenig gestört und die Zusammensetzung des Vorstandes nicht unnötigerweise geändert werde, anderseits aber auch daran, daß von der Geschäftsführung ungeeignete Personen ferne gehalten werden. Der Vorstand ist, als gesetzlicher Vertreter der Kasse befugt, ihr Interesse geltend zu machen.

Vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung wurde, soweit ich die Verhältnisse überschauen kann, dieses Recht des Kassenvorstandes nie in Zweifel gezogen. Freilich war damals im § 42 Abs. 4 KVG. der Kassenvorstand ausdrücklich dem zu enthebenden Mitgliede gegenübergestellt. Nach dieser Bestimmung mußte der zu enthebenden Person und dem Kassenvorstande Gelegenheit zur Aeußerung gegeben werden, bevor die Aufsichtsbehörde Beschluß faßte; auch führte § 58 Abs. 3 Satz 2 die allgemeinen Grundsätze des Verwaltungsstreitverfahrens in das Enthebungsverfahren ein. Aber diese allgemeinen Grundsätze sind im wesentlichen auch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsord. noch in Geltung und der formellen Aenderung, welche § 24 RVO. aufweist, muß man nicht notwendig die Bedeutung beimessen, die Hahn ihr beilegt. Es läßt sich vielleicht noch in anderer Weise erklären, wenn in § 24 RVO., der unverändert aus § 21 des letzten Entwurfs hervorgegangen ist, die Vorschrift fehlt, daß der Krankenkasse Gelegenheit zur Aeußerung gegeben werde. § 24 ist eben im wesentlichen auf den Bestimmungen aufgebaut, welche für die Unfall- und Invalidenversicherung galten (§ 47 GUVG., § 49 LUVG, § 47 SUVG und § 91 IVG); diese Vorschriften kannten natürlich, da der Vorstand selbst Beschluß faßte, nur die Anhörung des Gewählten. Die weitläufigeren Bestimmungen des § 42 KVG. wurden sodann, wie die Begründung S. 41 darlegt, als entbehrlich weggelassen. Damit ist wohl die ausdrückliche Vorschrift der Anhörung des Kassenvorstandes aus den Worten des Gesetzes verschwunden; es ist aber vielleicht selbstverständlich, daß auch jetzt noch der Kassenvorstand gehört werden muß. Die Rechtsstellung des Vorstandes sollte sich durch die Reichsversicherungsordnung nicht verschlechtern; man wollte seine Befugnisse zwar nicht erweitern, aber auch nicht einschränken. Bei den Krankenkassen sollte die Amtsenthebung wie bisher Sache der Aufsichtsbehörde, bei den anderen Versicherungsträgern Sache des Vorstandes bleiben (Begründung S. 41, Komm.Ber. I. Teil S. 20 und 21). Auch sonst vermeidet es die Reichsversicherungsordnung im einzelnen festzusetzen, wer beschwerdeberechtigt ist; sie gewährt vielmehr oft dem Walten allgemeiner Rechtsgrundsätze Raum (vgl. z. B. den § 1459, die Anm. 1 hierzu in Weymann's Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und die Entscheidung des RVA. 1002 Amtl. Nachr. 1902 S. 545). Wenn nun auch die Reichsversicherungsordnung dem Kassenvorstande das Recht versagt, selbst die Amtsenthebung zu beschließen, so muß er wenigstens in dieser Richtung anregend wirken und sich namens der Kasse beschweren können.

Es wäre auch unzweckmäßig dem Vorstande das Beschwerderecht abzusprechen; wenn die Rechtsmittel nur dem Gewählten zustünden, könnten die Versicherungsämter den § 24 in der ungleichmäßigsten und widersprechendsten Weise anwenden; Abhilfe wäre in den meisten Fällen unmöglich. Die Rechtseinheit und die öffentliche Ordnung würden Schaden leiden.

In allen Fällen muß das Interesse der Kasse im Rechtszuge nach § 24 RVO. verfolgt werden können; auch dann, wenn das Versicherungsamt die Enthebung ablehnt, obwohl das Interesse der Kasse eine solche fordert, darf der Vorstand nicht an die dem Versicherungsamte vorgesetzte Dienstaufsichts-

behörde verwiesen werden. Eine Teilung der Zuständigkeit, je nachdem das Versicherungsamt dem Antrage stattgibt oder ihn ablehnt, ist unzulässig. Die Zuständigkeit bemißt sich vielmehr nach der inneren Natur des streitigen Anspruches und erfaßt regelmäßig das streitige Rechtsverhältnis in seinem ganzen Umfange. —

Zweifel ergeben sich ferner darüber, ob § 24 RVO. auch auf die Wahlen angewendet werden kann, welche die Organe der Versicherungsträger zur Verteilung der Geschäfte unter sich vornehmen. Insbesondere scheint Unklarheit darüber zu bestehen, ob der Vorsitzende des Vorstandes auf Grund des § 24 seines Amtes enthoben werden kann. Hahn (a. a. O. Anm. 4 zu § 17 und Anm. zu § 328) spricht nicht ausdrücklich über § 24; er lehnt es nur ab die §§ 15—18 RVO. auf die Wahl des Vorsitzenden anzuwenden und in Anm. 2b zu § 329 erklärt er, daß § 24 sich nicht auf den Vorsitzenden anwenden lasse, der vom Versicherungsamt bestellt worden ist. Hoffmann (Komm. zum II. Buche der RVO. Anm. zu § 328) scheint anzunehmen, daß das Amt des Vorsitzenden als solches durch Amtsenthebung erlösche.

Vielleicht könnte die Satzung des Versicherungsträgers etwas über die Enthebung des Vorsitzenden bestimmen, ebenso wie sie dies über die Dauer seines Amtes tun kann (vgl. die Ausf. des Beschl. des RVA. 1947 Amtl. Nachr. 1914 S. 835); das regelt aber wohl keine Satzung, auch die Mustersatzungen enthalten keinen Hinweis darauf.

Nun ist es richtig, daß die Vorschrift des § 24 RVO. sich an Vorschriften anreiht, die sich unmittelbar nur auf die Wahlen zu den Organen der Versicherungsträger und auf die Ehrenämter beziehen, zu denen jemand als Vertreter der Arbeitgeber oder der Versicherten gewählt wird. Aber die Ueberschrift der §§ 12—24 ist ganz allgemein gehalten und benennt lediglich die „Ehrenämter". Zudem ist der systematische Aufbau der Reichsversicherungsordnung nicht allerwege so folgerichtig durchgeführt, daß die Stellung einer Bestimmung im Gesetze allein zu einer einschränkenden Auslegung zwingen würde. Das Reichsversicherungsamt hat auch keine Bedenken getragen, die Vorschrift des § 16 RVO. auf die Wahlen sinngemäß anzuwenden, welche innerhalb der Organe der Versicherungsträger vorgenommen werden. (Beschl. 1947 Amtl. Nachr. 1914 S. 835). Das muß für den § 24 RVO. um so eher gelten, als diese Vorschrift sich am Schlusse der Gesetzesabteilung befindet; gerade am Schlusse eines systematischen Abschnittes werden aber häufig Bestimmungen angefügt, die über den engeren Rahmen dieses Abschnittes hinausgreifen. Die entgegengesetzte Ansicht würde zu praktischen Unzuträglichkeiten führen. Es ließe sich mit einer ordnungsmäßigen Geschäftsführung nicht vereinbaren, wenn ein Vorsitzender, der die Vertrauenswürdigkeit für die Leitung der Geschäfte verloren hat, auf die Dauer der gesetzlichen oder satzungsmäßigen Amtszeit im Vorsitz belassen werden müßte. Anderseits würde man über das Ziel hinausschießen, also ebenfalls unzweckmäßig handeln, wenn man den Vorsitzenden in einem solchen Falle nicht bloß von diesem Amte, sondern überhaupt aus dem Vorstande entfernen müßte.

Zudem läßt sich die Frage, ob die Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung ausgeschlossen wird, immer nur nach dem Umfange der Geschäfte des Amtes beurteilen, dessen der Gewählte enthoben werden soll. Es geht also nicht an, ein Vorstandsmitglied, das zufällig Vorsitzender ist, deshalb aus dem Vorstande auszuschließen, weil es die Vertrauenswürdigkeit für das Amt des Vorsitzenden verloren hat. Das Amt des Vorsitzenden ist besonders zu beurteilen. Der Vorsitzende hat neben den Pflichten, welche jedem Mitgliede des Vorstandes obliegen, noch besondere Pflichten und Befugnisse. Der Vorsitzende leitet die Verhandlungen des Vorstandes, seine Stimme gibt den Ausschlag bei Stimmengleichheit (§ 9 RVO.). Er besitzt Strafbefugnisse in erheblichem Umfange auch gegenüber den übrigen Mitgliedern des Vorstandes (§ 18 und 19 RVO). Der Vor-

sitzende ist verpflichtet, an der Aufsicht über den Versicherungsträger mitzuwirken, insbesondere auch gegen Beschlüsse der Organe Beschwerde zur Aufsichtsbehörde einzulegen, wenn diese Beschlüsse gegen das Gesetz, die Satzung oder die Dienstordnung verstoßen (§§ 8, 357 und 701 RVO.). Der Vorsitzende hat schon nach dem Gesetze Disziplinarbefugnisse gegenüber den Angestellten (§ 354 Abs. 4 RVO.). Die Satzungen erweitern die Macht des Vorsitzenden regelmäßig in erheblichem Umfange. Seinem Amte ist deshalb besondere Bedeutung und seiner Wahl bei den Krankenkassen eine besondere Wichtigkeit beigelegt (Hahn a. a. O. Anm. 4 zu § 17 und Anm. zu § 328). Der Vorsitzende muß in der Lage sein den Versicherten und den Arbeitgebern, den Mitgliedern der Organe und den Angestellten entgegenzutreten. Dies muß er besonders dann mit dem erforderlichen Ernste und Nachdruck tun können, wenn er gegenüber den Privatinteressen Einzelner die allgemeinen Interessen und die Interessen des Versicherungsträgers wahrzunehmen hat. Der gesteigerten Verantwortlichkeit des Amtes muß ein höheres Vertrauen entsprechen. Es können also Tatsachen geeignet sein, die Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung des Vorsitzenden auszuschließen, wenn sie auch nicht ausreichen, um die Tätigkeit im Schoße des Vorstandes zu gefährden.

Die Forderung der Vertrauenswürdigkeit in § 24 Reichsversicherungsordnung klingt übrigens auch an das Disziplinarrecht in unseren Beamtengesetzen und an die entsprechenden Bestimmungen der Rechtsanwaltsordnung an. In dieser Beziehung möchte ich besonders auf § 28 der Rechtsanwaltsordnung und auf die hierzu ergangenen Entscheidungen des Ehrengerichtshofes aufmerksam machen. Die Sammlung dieser Entscheidungen birgt eine Fülle von Material, das auch für die Auslegung des § 24 RVO. besonderen Wert hat (vgl. A. und M. Friedländer, Komm. zur Rechtsanwaltsord., Anm. 2 ff. zu § 28); jeder der neueren Bände enthält überdies ein Hauptverzeichnis der älteren Rechtsprechung. Freilich dürfen die auf einem anderen Rechtsgebiete ausgebildeten Grundsätze nicht ohne weiteres auf das Gebiet der Reichsversicherung übertragen werden; es ist vielmehr in jedem einzelnen Falle eine genaue Prüfung notwendig.

Bezüglich des Verfahrens sei bemerkt, daß die oberste Instanz nicht im Beschlußsenate entscheiden muß. Es liegt keiner der Fälle des § 1781 Abs. 1 RVO. vor. Das Versicherungsamt hat nicht im Beschlußausschuß zu entscheiden (§ 24 Abs. 1 a. a. O.); beim Oberversicherungsamte ist zwar gemäß § 24 Abs. 4 die Beschlußkammer zuständig, die Entscheidung erfolgt aber nicht in erster, sondern in zweiter Instanz. Dagegen können auch Sachen dieser Art dem Beschlußsenate überwiesen werden, sofern es sich um Fragen von grundsätzlicher Bedeutung handelt; dies muß sogar geschehen, wenn es bei Meinungsverschiedenheit ein an der Bearbeitung beteiligtes Mitglied beantragt.

Witwengeld für die Witwen verschollener Kriegsteilnehmer.

Von A. Wagner in Mainz.

Nach den §§ 1250, 1252 RVO. wird ein Witwengeld gewährt, wenn der Verstorbene zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat und wenn außerdem die Witwe zur Zeit der Fälligkeit des Witwengeldes selbst die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat. Fällig wird das Witwengeld beim Tode des Ehemanns (§ 1264 RVO.) und der Anspruch darauf verfällt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Ehemannes geltend gemacht wird (§ 1300 RVO.). In der Begründung (S. 407 zu

§ 1288 des Entw.) ist hierzu ausgeführt: „§ 44 JVG. sieht für die Ansprüche der Hinterbliebenen auf Beitragserstattung eine einjährige Ausschlußfrist vor. Denn wer erst nach längerer Zeit von dem Tode seines Erblassers erfährt oder aus anderen Gründen seinen Anspruch nicht eher erhebt, kann in seiner wirtschaftlichen Lage nicht so beeinträchtigt sein, daß ein dringendes Bedürfnis vorläge, ihn durch die Beitragserstattung zu unterstützen. Deshalb wird auch für den Anspruch auf Witwengeld eine vom Tode des Ehemannes laufende einjährige Ausschlußfrist empfohlen." Die Vorschrift ist in den beiden Lesungen im Reichstag nicht beanstandet worden.

Will die Witwe in den Genuß des Witwengeldes kommen, so muß sie also den Anspruch innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Ehemannes beim Versicherungsamt anmelden. Hiernach ist zur Sicherung des Anspruchs hinreichend Zeit gegeben und wer diese Frist unbenutzt verstreichen läßt, hat die einmalige Zahlung wohl kaum nötig. Das Witwengeld wird aber auch dann gewährt, wenn der Ehemann verschollen ist (§ 1265 Absatz 1 Satz 1 RVO.). Er gilt, in Abweichung von dem bürgerlichen Recht, als verschollen, wenn während eines Jahres keine glaubhaften Nachrichten von ihm eingegangen sind und die Umstände seinen Tod wahrscheinlich machen (§ 1265 Abs. 1 Satz 2 RVO.). Fraglich ist nur wann im Falle der Verschollenheit die einjährige Frist zur Geltendmachung des Anspruchs auf Witwengeld zu laufen beginnt. mit Rücksicht auf § 1300 haben verschiedene Stellen den Angehörigen vermißter Kriegsteilnehmer empfohlen, den Antrag auf das Witwengeld noch innerhalb eines Jahres seit dem Tage des Vermißtseins oder der letzten Nachricht von dem Verschollenen zu stellen, um so den Verfall zu verhüten. Hierbei ist dem Wort Vermißtsein die gleiche Bedeutung gegeben worden, wie dem Wort Verschollenheit. Es wird dann empfohlen, sich mit einem vorläufigen, nicht berufungsfähigen Bescheid zufrieden zu geben, bis die Versicherungsanstalt zu gegebener Zeit über den Antrag entscheidet. Auch im Reichstag ist diese Frage erörtert worden. Man war bereit, die Angelegenheit gesetzlich zu regeln, wenn sie nicht im Wege der Rechtsprechung zweckentsprechend klargestellt werden könne (vgl. Arb.-Vers. Heft 7 S. 160).

Da eine einheitliche Behandlung durch die Versicherungsbehörden und Versicherungsanstalten nicht verbürgt ist, kann den Ehefrauen von Vermißten nur empfohlen werden, den Antrag auf Witwengeld innerhalb eines Jahres seit dem Vermißtsein beim Versicherungsamt zu stellen. Keinesfalls kann aber die fast allgemein angenommene Ansicht rechtlich begründet sein, der Anspruch müsse innerhalb eines Jahres seit dem Vermißtsein gestellt werden. Denn, wie erwähnt, wird Witwengeld gewährt beim Tode oder bei Verschollenheit, und diese kann erst nach einjährigem Vermißtsein angenommen werden, wenn Umstände den Tod des Vermißten wahrscheinlich machen. In der Begründung zu § 1250 des Entw. S. 401) ist hierzu u. a. ausgeführt: „Da nun die Todeserklärung nach §§ 13 bis 19 BGB. im allgemeinen erst nach 10 Jahren zulässig ist, so kann die Gewährung von Hinterbliebenenbezügen nach dem Vierten Buche nicht von der Todeserklärung abhängig gemacht werden. Die Voraussetzungen müssen leichter erfüllbar sein, wenn die Hinterbliebenen rechtzeitig in den Besitz ihrer Bezüge kommen sollen. Auf der anderen Seite muß tunlichst verhütet werden, daß eine Bewilligung geschieht, ehe der Versicherte wirklich gestorben ist. Beiden Erfordernissen will der Entwurf durch § 1250 (§ 1265 des Gesetzes) genügen." Hieraus ergibt sich, daß nicht schon das Vermißtsein allein den Tod bedeutet, sondern daß der Vermißte nur dann als verschollen angesehen werden kann, wenn 1. während eines Jahres keine glaubhaften Nachrichten von ihm eingegangen sind, und 2. die Umstände seinen Tod wahrscheinlich machen. Beide Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um die Annahme zu rechtfertigen, der Vermißte sei tot. Verschollenheit ist ein an-

genommener Tod, und da der Anspruch auf Witwengeld nach § 1300 RVO. innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Ehemannes geltend gemacht werden kann, kann im Falle des Verschollenseins die einjährige Frist erst zu laufen beginnen, von dem Zeitpunkt ab, von dem ab der Tod angenommen werden darf, d. i. wenn jene beiden Voraussetzungen erfüllt sind. Der Vermißte kann also frühestens ein Jahr seit dem Vermißtsein als verschollen betrachtet werden. Lassen sich Umstände, die den Tod wahrscheinlich machen, bis dahin nicht feststellen, so kann sich die Annahme der Verschollenheit noch hinausschieben. So namentlich, wenn es sich um Vermißte handelt, die zuletzt gegen Rußland gekämpft haben; denn es ist schon verschiedentlich vorgekommen, daß Vermißte vom östlichen Kriegsschauplatze nach Ablauf eines Jahres in einem russischen Gefangenenlager aufgetaucht sind. Will man die Begründung zu § 1265, wonach verhütet werden soll, daß eine Bewilligung geschieht, ehe der Versicherte wirklich gestorben ist, nicht außer acht lassen, dann müssen stets genaue Ermittlungen über die Umstände, die den Tod wahrscheinlich machen sollen, angestellt werden und die Verschollenheit darf erst angenommen werden, wenn diese Ermittlungen ein schlüssiges Ergebnis liefern.

Die Verschollenheit ist im Einzelfall festzustellen. Im Verfahren zur Erlangung von Leistungen nach der Reichsversicherungsordnung kann für die Feststellung zunächst nur das Versicherungsamt zuständig sein. Eine Todeserklärung im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches kommt nicht in Frage, da das hierzu nötige Verfahren bei der Gewährung von Hinterbliebenenbezügen durch § 1265 Abs. 1 Satz 2 RVO. ja gerade ausgeschaltet worden ist (zu vergl. die oben abgedruckte Stelle aus der Begr. zum Entw). Das Versicherungsamt ist bei Stellung von Anträgen auf Leistungen verpflichtet, nach freiem Ermessen zu ermitteln, was zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlich ist (§ 1617 RVO.). Bei vermißten Kriegsteilnehmern wird in der Regel zunächst die Ehefrau des Vermißten entweder selbst oder durch Vermittlung des Roten Kreuzes Ermittlungen über den Vermißten anstellen. Läßt deren Ergebnis vermuten, daß der Vermißte nicht mehr am Leben ist, so wird der Antrag auf Hinterbliebenenbezüge gestellt werden. Das Versicherungsamt hat die Wahl, das Ergebnis der Ermittlungen von anderer Seite als genügend anzusehen, oder selbst festzustellen, ob der Vermißte verschollen ist. Nach Abschluß der Erhebungen hat es den Antrag zu begutachten (§§ 1618, 1623, 1624 RVO.). Da sich das Gutachten über alles auszusprechen hat, was für die Entschließung des Versicherungsträgers von Bedeutung ist (§ 1623 Abs. 1 RVO.), so hat es auch die Frage zu beantworten, ob und seit wann der Vermißte verschollen ist.

Der Vorstand der Versicherungsanstalt ist nicht berechtigt, die Ehefrau des Verschollenen mit einem vorläufigen Bescheid zu trösten, sondern er ist nach § 1631 RVO. verpflichtet, einen berufungsfähigen Bescheid zu erteilen, in dem der Anspruch anzuerkennen oder unter Angabe der Gründe abzulehnen ist. Würde er sich weigern, einen berufungsfähigen Bescheid zu erteilen, so wäre dies nicht allein ein Verstoß gegen § 1631 in Verbindung mit § 1630 RVO., sondern es würde auch dem § 1545 RVO. widersprechen, wonach die Leistungen aus der Reichsversicherung in beschleunigtem Verfahren festzustellen sind.

An der vorstehend vertretenen Auffassung über den Beginn der Frist zur Geltendmachung des Anspruchs auf Witwengeld ändert auch die Vorschrift des § 1266 RVO. nichts, wonach die Versicherungsanstalt den Todestag Verschollener nach billigem Ermessen feststellt. Denn die nachträgliche Feststellung des Todestages kann nicht rückwirkend eine Ausschlußfrist in Lauf setzen. Die Bestimmung des § 1266 RVO. hat lediglich Bedeutung für den Beginn der Hinterbliebenenbezüge. In der Begr. ist hierzu u. a. ausgeführt (S. 401 zu § 1251 des Entw.): „Wenn dagegen Versicherte auf dem Lande verschollen sind, so empfiehlt es sich, dem freien Ermessen des Versicherungsträgers die Bestimmung des Tages zu überlassen, von dem an die Bezüge zu

gewähren sind." Die Bezüge bestehen in Witwen- (Witwer-) Rente und Waisenrente. Witwengeld ist ein einmaliger Bezug, der nicht, wie Rente, von einem bestimmten Tag an zu gewähren ist, sondern wie oben ausgeführt, fällig wird beim Tode oder beim angenommenen Tode (Verschollenheit). Am Todestag oder bei Verschollenen an dem Tag, an dem Verschollenheit nach § 1265 RVO. angenommen werden darf, müssen auch die sonstigen Voraussetzungen zur Gewährung des Witwengeldes, nämlich die Erfüllung der Wartezeit für die Invalidenrente und die Aufrechterhaltung der Anwartschaft aus der Versicherung des Verstorbenen oder Verschollenen und aus der Versicherung der Witwe, erfüllt sein (§ 1252 RVO.).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung.

Bekanntmachung des **Reichskanzlers** vom 18. April 1916 (RGBl. S. 321).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. Aug. 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

Der im § 1 der Bekanntmachung, betreffend die Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung, vom 12. August 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 497)*) bestimmte Zeitpunkt, bis zu welchem die Amtsdauer der Vertreter der Unternehmer oder anderen Arbeitgeber und der Versicherten bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern sowie der nichtständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamts und der Landesversicherungsämter längstens erstreckt worden ist, wird auf den 31. Dezember 1917 festgesetzt.

Mitteilung über Krankheiten durch die Krankenkasse an die Versicherungsanstalt.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** v. 8. März 1916 (II 2675).

Das Reichsversicherungsamt tritt dem Vorstand in der Auffassung bei, daß es als ein unbefugtes Offenbaren der Krankheit eines Versicherten und ihrer Ursachen im Sinne des § 141 RVO. nicht zu erachten ist, wenn eine Krankenkasse einer Landesversicherungsanstalt hierüber eine Mitteilung zugehen läßt. Wenngleich hierüber im Einzelfalle die ordentlichen Gerichte zu entscheiden haben, glaubt das Reichsversicherungsamt gleichwohl im Hinblick auf die Bedeutung dieser Rechtsfrage seine Ansicht hierzu äußern zu müssen.

Der den bisherigen Versicherungsgesetzen fremde § 141 ist dem § 300 des Strafgesetzbuchs nachgebildet und bezweckt wie dieser den Schutz von Privatgeheimnissen. Er soll, wie die Begründung zu § 154 des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung ergibt, eine Lücke ausfüllen, die sich in der Praxis mehrfach unliebsam fühlbar gemacht hat. In der Tat kann eine Verbreitung von Mitteilungen über den Gesundheitszustand eines Versicherten gegenüber unberufenen dritten Personen nachteilig werden, mag auch die Absicht einer Schädigung bei dem Verbreiter der Nachricht fehlen. Anderseits ergeben die Verhandlungen der Reichstagskommission über die Beratung der Reichsversicherungsordnung (Teil I S. 241 ff.), daß dem Gesetzgeber eine mißbräuchliche Ausdehnung der Schweigepflicht ferngelegen hat. Die Grenze soll durch das Wort „unbefugt" gezogen werden, das zwar nach den bei der Kommissionsberatung zutage getretenen Ansichten verschiedener Deutung fähig, durch einen schärferen Ausdruck aber kaum zu ersetzen ist. Von einem unbefugten Offenbaren kann hiernach keinesfalls die Rede sein, wenn der Versicherte der Mitteilung zugestimmt hat, wie dies häufig der Fall ist, wenn eine Krankenkasse im Auftrage des Versicherten bei der Landesversicherungsanstalt die Uebernahme eines Heilverfahrens, z. B. die Unterbringung in einer Lungenheilstätte, anregt. Ein unbefugtes Offenbaren ist aber auch dann nicht gegeben, wenn entweder eine gesetzliche Vorschrift von der Schweigepflicht entbindet (§ 1574 Abs. 1 Satz 2 der RVO.) oder sogar eine Anzeigepflicht festsetzt, wie dies durch das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 und durch das preußische Gesetz vom 28. August 1905, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten geschehen ist. Berühren auch diese seuchenpolizeilichen Gesetze die Träger der Arbeiterversicherung nicht unmittelbar, so verdient doch hervorgehoben zu werden, daß der im Jahre 1909 erschienene Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch (S. 730) über den Rahmen jener Gesetze hinausgreifend

*) Arb.-Vers. 1915 S. 586.

ein unbefugtes Handeln auch dann verneint, wenn das Schweigen im allgemeinen Staatsinteresse — etwa zur Verhütung der sonst drohenden Verbreitung von ansteckenden Krankheiten — gebrochen wird. Endlich gilt nach der von der Kommission ohne Widerspruch entgegengenommenen Erklärung des Staatssekretärs des Innern (Kommissionsbericht S. 244) eine Mitteilung auch dann als befugt, wenn sie unmittelbar für die Zwecke des Gesetzes, insbesondere also in Ausführung amtlicher Aufgaben erfolgt.

Diese Voraussetzungen sind unbedenklich gegeben, soweit es sich um Mitteilungen von Krankheitsfällen seitens der Krankenkassen an die von den Landesversicherungsanstalten zu errichtenden Beratungsstellen für Geschlechtskranke handelt. Denn der Zweck dieser Einrichtung, die fortlaufende Ueberwachung solcher Personen und die Herbeiführung ihrer rechtzeitigen und gründlichen Heilung liegt gleichmäßig im Interesse der Träger der Kranken- und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und dient somit den Zwecken des Gesetzes. Auch geschieht die Mitteilung in Erfüllung amtlicher Aufgaben, da § 116 RVO. die Organe der Versicherungsträger verpflichtet, einander Rechtshilfe nach Maßgabe des § 115 a. a. O. zu leisten. Unter den Begriff der Rechtshilfe fallen aber auch Auskünfte über die persönlichen Verhältnisse der Versicherten, soweit sie dem ersuchten Versicherungsträger amtlich bekannt geworden sind, also auch über Krankheiten und ihre Ursachen. Die Versicherungsträger bedürfen dieser Mitteilung zur Durchführung ihrer Aufgaben (zu vgl. Komm. von Hanow, 3. Aufl., Anm. 3 zu § 141). Eines Ersuchens der Landesversicherungsanstalt im Sinne des § 115 a. a. O. im einzelnen Falle bedarf es nicht. Diesem Erfordernis könnte auch in der Praxis nicht genügt werden, da ja die Namen der Beteiligten der Landesversicherungsanstalt erst bekannt werden sollen. Die Ermächtigung der Krankenkassen zur Auskunfterteilung über die vorkommenden Erkrankungsfälle kann vielmehr auch auf einer allgemeinen Vereinbarung der beteiligten Versicherungsträger beruhen. Infolgedessen kann dahingestellt bleiben, ob die Krankenkassen auch befugt wären, den Landesversicherungsanstalten unaufgefordert derartige Mitteilungen zukommen zu lassen. Aus der Tatsache, daß eine entsprechende Vorschrift des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung (§ 128 Abs. 2), die sich an das frühere Recht (§ 144 GUVG., § 172 JVG.) anlehnte, von der Kommission gestrichen worden ist, könnte die Unzulässigkeit freiwilliger Mitteilungen nicht gefolgert werden. Denn die Vorschrift ist, wie der Kommissionsbericht a. a. O. S. 211 ergibt, nur deshalb gestrichen worden, weil man den öffentlichen Behörden eine so weitgehende Verpflichtung nicht auferlegen wollte, während die Interessengemeinschaft der Versicherungsträger es erheischt, auch unaufgefordert für die Geschäftsführung wichtige Tatsachen sich gegenseitig mitzuteilen.

Schreiber oder Handlungsgehilfe?

Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 11. Oktober 1915. (B. 405/14).

Der Angestellte war bis Ende August 1914 bei der Firma M. u. Co., die eine mechanische Weberei betreibt, gegen ein Monatsgehalt von zuletzt 60 M. tätig. Er war als „Schreiber" vor mehreren Jahren angenommen. Er wurde nach Bedarf bald im Lager, bald im Kontor verwendet, das zeitliche Verhältnis ließ sich nicht feststellen. Im Lager hatte er auf Grund der auf den fertigen Waren befindlichen Fabrikzettel die Etikette für die einzelnen Stücke, die er selbst heranschaffte, zu schreiben und an denselben anzukleben, ferner die Nummern der eingegangenen Aufträge in ein alphabetisch geordnetes Register einzutragen. Im Kontor verrichtete er Registraturarbeiten, und zwar hatte er Briefe nach dem Alphabet abzulegen. Gelegentlich besorgte er auch Botengänge.

Die Versicherungspflicht des Angestellten hängt davon ab, ob er als Handlungsgehilfe oder lediglich als Gehilfe im Sinne des § 1226 Absatz 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung zu betrachten ist. In ersterem Falle liegt Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vor, im letzteren Falle dagegen nicht, falls eine gehobene Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht in Frage kommt.

Nach § 59 des Handelsgesetzbuches sind Handlungsgehilfen Personen, die in einem Handelsgewerbe zur Leistung kaufmännischer Dienste gegen Entgelt angestellt sind. Daß die arbeitgebende Firma neben dem technischen Teil des Betriebes ein Handelsgewerbe im Sinne des Handelsgesetzbuchs betreibt und Anstellung gegen Entgelt vorliegt, steht außer Zweifel. Es kommt somit nur noch darauf an, ob H. kaufmännische Dienste leistete. Kaufmännisch sind alle Dienste, die nach der Verkehrsauffassung und der Anschauung des Kaufmannsstandes als solche gelten, sodaß also alle Dienste in Betracht kommen, „zu denen diejenige Schulung und diejenigen Fertigkeiten gehören, die man in ihrer Vollendung die kaufmännische Tüchtigkeit nennt", welche die „kaufmännische Signatur" tragen (vgl. Staub, Handels-Gesetz-Buch § 59 Anmerkung 13; Rechtsprechung der Oberlandesgerichte Band 6 Seite 348). Diese Begriffsbestimmung trifft auf die Tätigkeit des Angestellten H. bei der Arbeitgeberin zu. Das Etikettieren der Waren, das Eintragen von Kommissionsnummern in ein

Register und das Ablegen von Briefen in der Registratur sind Arbeiten, die im Rahmen des kaufmännischen Geschäftsbetriebes liegen und daher kaufmännisches Gepräge tragen. Diese kaufmännischen Dienstleistungen bildeten das wesentliche Merkmal der Stellung des Angestellten und machten ihn zum Handlungsgehilfen. Die niederen Arbeiten, wie das Heranschaffen der Waren und gelegentliche Botengänge, waren nicht geeignet, dem Angestellten das Gepräge eines Handlungsgehilfen zu nehmen; derartige Tätigkeiten werden aber in vielen, namentlich kleineren kaufmännischen Betrieben vom kaufmännischen Personal miterledigt. Der Angestellte war auch nicht zur Leistung dieser Dienste, sondern als „Schreiber" angenommen. Die Aeltesten der Kaufmannschaft von Berlin haben sich in einem von ihnen erforderten Gutachten vom 24. September 1915 gleichfalls dahin geäußert: „Die Dienste des Angestellten H. werden in Handelskreisen als kaufmännische Dienstleistungen angesehen."

Der Angestellte war somit Handlungsgehilfe und als solcher nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Versicherungsrechtliche Stellung eines Buffetfräuleins in einer Konditorei.

Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 7. Oktober 1915 1915 (B. 2427/14).

Die Angestellten sind bei der Arbeitgeberin als Buffetfräuleins beschäftigt. Sie müssen als solche zunächst früh morgens das Buffet und die Gläser säubern, sodann die an die Gäste zu verabreichenden Getränke, wie Kaffee, Tee, Schokolade, Bier, nachdem sie dieselben zubereitet (gezapft, gekocht) haben, den Kellnern verabfolgen, welche sie gegen Zahlmarken in Empfang nehmen und an die Gäste weitergeben. Mit der Abrechnung haben die Angestellten nichts zu tun. Die Verabreichung der Getränke an die Kellner nimmt etwa die Hälfte der Arbeitszeit der Angestellten in Anspruch.

Die Versicherungspflicht der Angestellten hängt davon ab, ob sie nur der handarbeitenden Bevölkerungsklasse zuzurechnen sind und daher nicht versicherungspflichtig nach dem Angestelltenversicherungsgesetz sind, oder ob sie nach ihrer Beschäftigungsart über der handarbeitenden Bevölkerungsklasse stehen und als Angestellte im Sinne des Angestelltenversicherungsgesetzes, insbesondere als Handlungsgehilfinnen nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Angestelltenversicherungsgesetzes anzusehen sind.

Was zunächst ihre Tätigkeit anlangt, insoweit sie das Instandhalten des Buffets und die Zubereitung der Getränke umfaßt, so sind dies zweifellos keine Beschäftigungen höherer Art oder kaufmännischer Natur. Dagegen kann es fraglich sein, ob das Verabfolgen der Getränke gegen Marken an die Kellner eine versicherungspflichtige, kaufmännische Verkaufstätigkeit ist. Dies ist indessen nicht der Fall. Die Verabreichung der Getränke gegen Marken an die Kellner kann man nicht als eine kaufmännische Dienstleistung ansehen. Denn die Tätigkeit erfordert keinerlei kaufmännische Uebung oder Fertigkeit, sie ist vielmehr so einfacher Art, daß sie von jeder geübten Handarbeiterin auch ausgeführt werden kann. Die Angestellten waren deshalb entsprechend dem Gutachten der Aeltesten der Kaufmannschaft von Berlin nicht als Handlungsgehilfinnen oder als gehobene Angestellte im Sinne des Angestelltenversicherungsgesetzes anzusehen. Sie gehören vielmehr zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Personen. Die Versicherungspflicht war daher zu verneinen.

Kein Hausgeld, wenn der Unterhalt aus Ersparnissen von früherem Arbeitsverdienst bestritten ist.

Bescheid des Rentenausschusses Berlin (L. 2 S. „Angestelltenversicherung" 1916 S. 59).

Die Voraussetzung für die Gewährung eines Hausgeldes ist nach § 38 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, daß Angehörige des Erkrankten vorhanden sind, deren Unterhalt er ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat. Der Antragsteller hat seine Stellung am 1. Okt. 1914 aufgegeben, am 28. Mai 1915 geheiratet und am 11. Juni 1915 das Heilverfahren angetreten. Wie der Antragsteller selbst vorgetragen hat, ist er seit Oktober 1914 erwerbsunfähig und hat eine Stellung nach Oktober 1914 nicht mehr innegehabt.

Da der Antragsteller erst nach dieser Zeit, nämlich am 28. Mai 1915 geheiratet hat, so kann er den Unterhalt seiner Ehefrau nicht aus seinem Arbeitsverdienst bestritten haben, denn einen Arbeitsverdienst hat er seit seiner Verheiratung nicht mehr gehabt. Daß er noch Ersparnisse aus früherem Arbeitsverdienst gehabt und zum Unterhalt seiner Ehefrau verwandt hat, genügt zur Erfüllung der Voraussetzungen des § 38 des Angestelltenversicherungsgesetzes nicht.

Anmerkung: Die Entscheidung (deren Datum nicht ersichtlich ist) ist auch für die anderen Versicherungszweige von Bedeutung im Hinblick auf gleichartige oder ähnliche Vorschriften, insbesondere in §§ 186, 593, 594, 1271.

B. Zur Krankenversicherung.

Ergänzungswahlen zu den Kassenorganen.

Erlaß des bayer. Ministeriums des Innern vom 14. März 1916.

Die gewählten Mitglieder des Vorstands und des Ausschusses einer Krankenkasse sind nach § 24 RVO. von der Aufsichtsbehörde des Amtes zu entheben, wenn sie die Wählbarkeit verlieren. Die Wählbarkeit geht für einen Vertreter der Arbeitgeber nach § 13 verloren, wenn er nicht mehr regelmäßig mindestens einen Versicherten beschäftigt, für einen Vertreter der Arbeitnehmer nach § 14, wenn er aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, ohne die Versicherung freiwillig fortzusetzen. Nach § 337 kann die Satzung die Arbeitgeber, die mit der Zahlung der Beiträge im Rückstand sind, von der Wählbarkeit ausschließen. Für die Mitglieder von Betriebskrankenkassen tritt nach § 340 auch im Falle der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung der Verlust der Wählbarkeit ein. Ebenso sind die Mitglieder von Ersatzkassen im Falle des § 517 Abs. 1 bei der ordentlichen Krankenkasse nicht wählbar.

Für ausscheidende Mitglieder des Vorstandes und des Ausschusses sind die Ersatzmänner einzuberufen. Das gleiche hat nach der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes Nr. 1918 vom 19. September 1914 (Amtl. Nachr. S. 768) regelmäßig zu geschehen, wenn ein Mitglied vorübergehend verhindert ist. Die Reihenfolge der Einberufung der Ersatzmänner richtet sich bei den Landkrankenkassen nach § 82 Abs. 2 der Mustersatzung nach der Reihenfolge der Wahl. Bei den übrigen Krankenkassen rücken nach § 19 der Musterwahlordnungen für die zu ersetzenden Mitglieder die auf dem gleichen Wahlvorschlag gültig vorgeschlagenen noch nicht gewählten Bewerber in der Reihenfolge der Stimmenzahl, bei Stimmengleichheit aber nach der Reihenfolge im Wahlvorschlag ein. Ist der Wahlvorschlag erschöpft, so werden die Sitze der erforderlichen Wahlmänner auf die anderen Wahlvorschläge, auf denen noch nicht gewählte Bewerber gültig vorgeschlagen sind, nach den Vorschriften des § 17 der Musterwahlordnungen verteilt. Die einzuberufenden Ersatzmänner müssen im Augenblick der Einberufung noch die Wählbarkeit besitzen. Hiernach ist der Vorstand und Ausschuß einer Krankenkasse erst dann beschlußunfähig, wenn für ihn nicht mehr so viele Mitglieder und Ersatzmänner in einer von beiden Vertretergruppen zur Verfügung stehen, als diese nach der Satzung (§ 321 Ziff. 4 und 5 RVO.) Mitglieder zählen. Die fortgesetzte Einberufung der älteren Jahrgänge der Militärdienstpflichtigen rückt für manche Krankenkasse diese Gefahr nahe. Ihr muß vorgebeugt werden, wenn nicht der Betrieb der Kasse selbst stocken soll.

Die Vorschrift in § 379 Abs. 2 RVO. bietet keine Hilfe. Danach bestellt das Versicherungsamt die Mitglieder der Kassenorgane oder ihre Vertreter nur so lange sich die Wahlberechtigten weigern, zu den Kassenorganen zu wählen. Ebenso ist danach das Versicherungsamt nur berechtigt, die Geschäfte des Vorstandes oder des Ausschusses einer Krankenkasse wahrzunehmen, solange sich diese weigern, die Geschäfte auszuführen. Die Bundesratsbekanntmachung vom 12. August 1915 (RGBl. S. 497) sieht ein abgekürztes Verfahren lediglich für die Ergänzung der Vertreter bei den Versicherungsbehörden und den Organen der Landesversicherungsanstalten vor. Die Absicht, auf ähnlichem Wege die Ergänzung der Kassenorgane herbeizuführen, scheiterte an dem Widerspruch aus dem Kreise der Kassen. So bleibt, wenn der Vorstand oder der Ausschuß einer Krankenkasse beschlußunfähig werden oder beschlußunfähig zu werden droht, nichts anderes übrig, als Ergänzungswahlen vorzunehmen.

Die Wahl kann sich auf das Organ (Vorstand oder Ausschuß) und diejenige Vertretergruppe (Vertreter der Arbeitgeber oder Vertreter der Versicherten) beschränken, die auch bei Heranziehung der Ersatzmänner nicht mehr vorschriftsmäßig besetzt werden können. Dabei sind so viele Ersatzmänner zu wählen, daß auch nach dem Vorrücken der Ersatzmänner aus der Hauptwahl die der Satzung entsprechende Zahl von Ersatzmännern wieder erreicht wird. Die Neugewählten kommen erst nach den in der Hauptwahl gültig vorgeschlagenen Ersatzmännern und in der Reihenfolge zur Einberufung, wie sie für die Hauptwahl vorgeschrieben ist. Ihre Wahlzeit dauert bis zu der nächsten regelmäßigen Neuwahl. Die Wahl steht bei den Landkrankenkassen der Vertretung des Gemeindeverbandes oder des nach § 527 RVO. gebildeten Zweckverbandes zu. Bei den übrigen Krankenkassen leitet der Kassenvorstand die Wahl. Sollte dieser nach den obigen Darlegungen bereits beschlußunfähig sein, so ist die Wahl von der Aufsichtsbehörde zu leiten.

Die Versicherungsämter haben fortgesetzt die Beschlußfähigkeit der Kassenorgane im Auge zu behalten und nötigenfalls für die Vornahme von Ergänzungswahlen Sorge zu tragen. Dabei ist den Kassenvorständen auf Wunsch möglichst an die Hand zu gehen. In Anbetracht der Zeitverhältnisse erscheint es dringend wünschenswert, daß bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen die

Wahl ohne Stimmabgabe (§ 10 der Musterwahlordnungen) zustande kommt und daß die Wahl bei keiner Kasse zu Wahlkämpfen führt.

Anmerkung: Zu vgl. Bescheid des preuß. Handelsministers im Heft 7 S. 153 und hierzu die Auskunft das. S. 166.

Aufrechnung von Ansprüchen auf Kriegswochenhilfe.

Entsch. des Versicherungsamts der Stadt Breslau vom 14. April 1916 (13. K. 156/16).

Nach § 223 Absatz 2 und 3 der RVO. dürfen Ansprüche auf Krankengeld, auf Kassenleistungen, die zu Unrecht gezahlt worden sind, nur bis zur Hälfte aufgerechnet werden. Dem Arbeitsunfähigen soll mit Rücksicht auf seinen Zustand das halbe Krankengeld erhalten bleiben. Diese Bestimmung gehört zu der Gruppe von Vorschriften über das Krankengeld, die darauf beruhen, daß die wirtschaftliche Einbuße aus der Arbeitsunfähigkeit zum Teil ausgeglichen werden soll. Derartige Vorschriften sind auf das Wochengeld, eine Fürsorgeleistung, für die wie für das Krankengeld Arbeitsunfähigkeit den Grund bildet, entsprechend anzuwenden. Daß beim Wochengeld eine vom Gesetze angenommene Arbeitsunfähigkeit, beim Krankengelde eine im Einzelfalle nachzuweisende Arbeitsunfähigkeit die Fürsorge veranlaßt, ist unerheblich (zu vgl. auch Hahn, Handb. der Krankenvers. 1915 Anm. 4 zu § 195 RVO. S. 310 ff.). Nach § 223 Abs. 3 RVO. dürfen demnach auch Ansprüche auf Wochengeld nur bis zur Hälfte aufgerechnet werden. Das Gleiche muß für das Stillgeld bei seiner engen Verwandschaft mit dem Wochengelde und dem Zwecke, den es erfüllen soll, zum mindesten dann angenommen werden, wenn es keine Mehrleistung darstellt. Die Klägerin hat somit, da § 223 RVO. nach § 7 Abs. 2 der Verordnung vom 3. Dezember 1914 für die Wochenhilfeleistungen entsprechend gilt, Anspruch auf die nicht aufrechenbare Hälfte des Wochengeldes und auch des Stillgeldes, das, weil durch Gesetz bestimmt, keine Mehrleistung (§ 179 Abs. 3 RVO.) ist.

Die Einwendung der Beklagten, die Klägerin sei von ihr abgefunden worden, ist verfehlt. Ganz abgesehen davon, daß die Klägerin nach der Bescheinigung nur die Klage zurückgenommen, aber nicht auf den Klageanspruch verzichtet hat und daher erneut formell klagen kann, ist zu berücksichtigen, daß § 223 Abs. 3 RVO., nach dem die Ansprüche nur bis zur Hälfte aufgerechnet werden dürfen, eine durch Parteiwillen nicht zu beseitigende Mußvorschrift ist. Selbst wenn die Klägerin daher einen privaten Vergleich mit der Beklagten über Ermäßigung der Wochenhilfeansprüche auf 11 M., wofür das Verhalten der Klägerin vor und nach dem 13. März 1916 durchaus nicht spricht, geschlossen hätte, so würde doch dieser Vergleich (Aufrechnungsvertrag) nach § 134 BGB. als ein gegen ein gesetzliches Verbot verstoßendes Rechtsgeschäft nichtig sein.

Kein Krankengeld bei Lazarettbeobachtung zur Feststellung der Militärtauglichkeit.

Entsch. des Versicherungsamts der Stadt Straßburg i. Els. v. 16. März 1916 (VII 1828).

Die Verpflichtung einer Krankenkasse, Krankengeld zu gewähren, hat den ordnungsmäßigen Nachweis einer Erkrankung zur Voraussetzung, welche den Versicherten arbeitsunfähig macht. Arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung ist, wer infolge von Krankheit körperlich nicht oder doch nur mit Gefahr seinen Zustand zu verschlimmern, fähig ist, seiner bisherigen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Sp. beruft sich zum Beweise seiner in der Zeit vom 4. bis 21. August 1915 angeblich bestandenen Krankheit auf seinen Aufenthalt im Festungslazarett sowie auf die Atteste der Aerzte. . . . Dieser Versuch des Sp., für die angegebene Zeit Krankheit nachzuweisen, ist als mißlungen zu erachten. Sp. wurde in das Festungslazarett vom Kaiserlichen Bezirkskommando eingewiesen, um den Grad der militärischen Diensttauglichkeit und Verwendbarkeit möglichst genau festzustellen. Es handelte sich bei der Lazaretteinweisung also um eine rein militärische Maßnahme gegenüber einem Landsturmpflichtigen. Sp. mußte sich dieser Anordnung des Bezirkskommandos fügen, da sie mit unter den Begriff der Wehrpflicht fällt. Nicht wegen Erkrankung war Sp. in der Zeit vom 4. bis 21. August 1915 arbeitsunfähig, sondern weil er einer Anordnung des Bezirkskommandos gehorchen mußte.

Nach dem vom Versicherungsamt eingeholten Gutachten des Chefarztes des Festungslazaretts war bei Sp. während der Zeit seiner Lazaretteinweisung eine normale Störung des Gesundheitszustandes, welche etwa objektiv ärztliche Behandlung begründet hätte, nicht nachzuweisen. Dem objektiven Befund entsprach subjektiv gutes Allgemeinbefinden und Gewichtszunahme während der Beobachtungszeit. Die Behauptung des Sp., er sei als dienstuntauglich aus dem Festungslazarett entlassen worden, ist unzutreffend. Sp. ist vielmehr nach Angabe des Bezirkskommandos als arbeitsdienstverwendungsfähig entlassen worden und kann jederzeit eingezogen werden. Der Chefarzt des Festungslazaretts war bei Ausstellung der Atteste für Sp. vom 6. August und 21. August 1915 der Meinung, Mitglieder der Krankenkasse seien zum Bezuge von Krankengeld berechtigt, auch wenn die Lazarettaufnahme lediglich

zur Beobachtung erfolge. Diese Auffassung ist, mangels des Nachweises einer Erkrankung, welche den Sp. arbeitsunfähig gemacht hätte, unzutreffend.

Anrechnung der Beitragszeit bei einer geschlossenen Gemeindekrankenversicherung im Falle des § 315 RVO.

Entsch. des bayr. Landesversicherungsamts vom 31. Mai 1915.

In § 315 RVO. wird dem Versicherungspflichtigen unter der dort bezeichneten Voraussetzung aus Billigkeitserwägungen eine Vergünstigung eingeräumt, indem die durch die Anmeldung und Beitragsleistung geschaffene vorläufige Regelung auch für die Kassenleistungen gelten soll. Es ist nicht ersichtlich, was den Gesetzgeber bestimmt haben könnte, diese Billigkeitserwägungen erst drei Monate nach dem Inkrafttreten des zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung wirksam werden zu lassen. Aehnliche Begünstigungen der Versicherungspflichtigen, die einen bestimmten Zustand von gewisser Dauer zur Voraussetzung haben, finden sich auf dem Gebiete der Krankenversicherung z. B. auch in den §§ 195 mit 198 RVO.; das Reichsversicherungsamt hat kein Bedenken getragen, in der Rev.Entsch. 1937 (Amtl. Nachr. 1914 S. 823) auf den am 18. Januar 1914 eingetretenen Fall der Niederkunft einer Versicherten die §§ 198, 195 anzuwenden. Der Angriff der Revision ist auch mehr dagegen gerichtet, daß L. vor dem 1. Januar 1914 seine Beiträge an die Gemeindekrankenversicherung N. bezahlt habe, und es entsteht die weitere Frage, ob die Allgem. Ortskrankenkasse N. diese Tatsache gegen sich gelten lassen muß. Diese Frage ist von der Spruchkammer durchaus zutreffend gelöst worden. Für die Schließung der Gemeindekrankenversicherung ist nach Art. 14 Einf.Ges. § 300 RVO. entsprechend anzuwenden. Nach dieser Bestimmung setzen die Mitglieder der alten Kasse ihr Versicherungsverhältnis unmittelbar fort, gerade so wie die Mitglieder einer mit einer anderen Kasse vereinigten Krankenkasse (§ 289), für die in der Begründung des Gesetzentwurfs in Erläuterung des Begriffs der unmittelbaren Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ausdrücklich bemerkt worden ist, daß „aus diesem Grund auch die Wartezeiten der §§ 220, 221 (jetzt 207 und 208) für alle Uebergehenden fortdauern und nicht etwa von vorn mit dem Uebergang beginnen". Die dreimonatige Frist des § 315 ist auch keine Wartezeit im Sinne der §§ 207 und 208, sondern eine tatsächliche Voraussetzung des in § 315 geschaffenen Anspruchs und es kommt nicht darauf an, wie sich der § 315 zu den §§ 207 ff. verhält, sondern auf die Auslegung des Begriffs der unmittelbaren Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses, der in den §§ 300 und 289 RVO. der gleiche ist. Nicht mit Unrecht wird von der Spruchkammer nebenher noch darauf hingewiesen, daß die Allgem. Ortskrankenkasse N. unter Umständen auf dem Weg des § 303 sogar einen Teil der Mitgliederbeiträge des L. aus der Zeit vor dem 1. Januar 1914 erhalten hat. Auch die Rechtslehre steht auf dem Standpunkt, daß in den Fällen des § 300 die übergehenden Mitglieder so zu behandeln sind, als ob sie die Zeit der Mitgliedschaft bei der aufgelösten oder geschlossenen Kasse schon bei der aufnehmenden Kasse zurückgelegt hätten (Hoffmann, RVO., § 300 Anm. 10; Hahn, Handb. der KrVers., § 213 Anm. 5).

Anmerkung: Die Entscheidung ist nicht bloß für die Uebergangszeit von Bedeutung, sondern sie wird nach ihrer Begründung auch weiterhin gelten müssen, wenn bei einer Organisationsveränderung Mitglieder einer Kasse zu einer anderen übertreten und hier ihr Versicherungsverhältnis unmittelbar fortsetzen (§§ 289, 298 Abs. 2, 300 RVO.).

Unterbrechung der Verjährung des Anspruchs auf Kassenleistungen.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 10. Januar 1916 (2151 Amtl. Nachr. 1916 S. 358).

Die Unterbrechung der Verjährung wird in der Reichsversicherungsordnung ebensowenig wie im Krankenversicherungsgesetz ausdrücklich geregelt. Die Vorschriften des bürgerlichen Rechts sind deshalb sinngemäß anzuwenden, wie das Reichsversicherungsamt auch schon früher in einem die Invalidenversicherung betreffenden Falle entschieden hat (Revisionsentsch. 1511, Amtl. Nachr. 1910 S. 644). Darum war den Vorinstanzen darin beizutreten, daß durch bloße, an die beklagte Krankenkasse gerichtete Zahlungsaufforderungen oder Mahnungen die Verjährung nicht unterbrochen werden konnte. Die Wirkung einer Unterbrechung der Verjährung hat bei Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung erst die nach § 1636 RVO. bei dem Versicherungsamt erhobene Klage (zu vgl. auch § 209 BGB.). Diesen Schritt hat die Klägerin erst im Jahre 1915 getan.

In der vorgenannten Revisionsentscheidung 1511 hat das Reichsversicherungsamt allerdings angenommen, daß die Geltendmachung des Anspruchs bei der Versicherungsanstalt zur Unterbrechung der Verjährung geführt habe. Darin liegt aber kein Gegensatz zu dem hier vertretenen Standpunkte. Denn die Stellung der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und der Träger der Krankenversicherung bei Anträgen auf Gewährung von Versicherungsleistungen ist grundsätzlich verschieden. Während auf dem ersteren Versicherungs-

gebiete die Versicherungsträger nach den §§ 1630, 1631 RVO. bei Geltendmachung eines Anspruchs einen förmlichen Bescheid zu erteilen haben, also erkennende Behörden erster Instanz sind, so daß hier der nach § 1613 an das Versicherungsamt zu richtende, von ihm nach § 1625 dem Versicherungsträger zu übersendende Antrag auf die Versicherungsleistungen einer förmlichen Klage gleichsteht, haben die Krankenkassen bei Anträgen auf Gewährung der Krankenhilfe (§ 1551 Abs. 1) derartige Bescheide nicht zu erlassen. Hier ergehen eigentliche Entscheidungen über die Leistungspflicht der Kassen nur in Streitfällen, und zwar werden sie in erster Instanz nicht von dem Versicherungsträger selbst, sondern dem Versicherungsamte nach § 1636 gefällt. Deshalb steht hier auch erst die Anrufung des Versicherungsamts der Klageerhebung gleich, während die Geltendmachung des Anspruchs gegenüber der Krankenkasse nur die Bedeutung einer an den Schuldner gerichteten außergerichtlichen Zahlungsaufforderung oder Mahnung hat, die allein zur Unterbrechung der Verjährung nicht ausreicht (zu vgl. auch die zu § 55 Abs. 1 KVG. ergangene Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts v. 3. Mai 1897, Entsch. Band XXXI S. 343).

Ein Anerkenntnis der beklagten Kasse würde allerdings gemäß § 208 BGB. die Verjährung unterbrochen haben. Wenn aber das Oberversicherungsamt die dahin gehende Behauptung der Klägerin — die zum ersten Male in der Berufungsschrift aufgestellt ist —, daß nämlich im Mai 1914 bei einer persönlichen Meldung in den Geschäftsräumen der beklagten Kasse der Anspruch ihr gegenüber mündlich anerkannt worden sei, für nicht erwiesen und nach den Umständen des Falles auch nicht für wahrscheinlich erachtet hat, so läßt sich dies im Revisionswege nicht beanstanden. Es brauchte daher auch nicht erörtert zu werden, ob eine solche mündliche Erklärung eines Kassenangestellten ein die Kasse bindendes Anerkenntnis hätte begründen können.

Krankheit beim Wiedereintritt eines Kriegsteilnehmers in die Krankenversicherung.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts (2. Senat) vom 14. Februar 1916.

Nach § 3 des Gesetzes, betreffend die Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334) haben Versicherungsberechtigte, deren Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen ist, das Recht, binnen 6 Wochen nach ihrer Rückkehr in die Heimat in die Krankenversicherung wieder einzutreten, wenn sie während des gegenwärtigen Krieges Kriegsdienste geleistet hatten. Danach würde das Recht des Wiedereintritts in die Versicherung nur den früheren versicherungsberechtigten Kriegsteilnehmern zugestanden haben, deren Mitgliedschaft bei der Kasse infolge Nichtzahlung der nötigen Kassenbeiträge erloschen ist, nicht aber auch früheren versicherungspflichtigen Kassenmitgliedern, die bei Eintritt in den Kriegsdienst die rechtzeitige Weiterversicherung (zu vgl. § 313 Abs. 2 RVO.) versäumt hatten. Aus Billigkeitsrücksichten ist deshalb durch § 1 Abs. 1 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 45) das Recht zur Weiterversicherung auch auf die letzterwähnte Gruppe von Kriegsteilnehmern ausgedehnt worden. Dabei wurde, wie in den amtlichen Erläuterungen zu § 1 a. a. O. ausgeführt wird (zu vgl. Hoffmann, die Kriegsgesetze für die Krankenversicherung, S. 45, 46), nicht verkannt, daß den Krankenkassen eine starke Belastung daraus erwachsen könne, wenn die Zahl derer sehr wesentlich erhöht werde, die nach dem Kriege von dem Weiterversicherungsrechte Gebrauch machen können. Denn zweifellos würden sich darunter viele Personen befinden, deren Gesundheit infolge des Krieges und seiner Begleiterscheinungen stark gelitten hat. Es sei deshalb eine einschränkende Bestimmung im Sinne des § 310 der Reichsversicherungsordnung dahin zweckmäßig und notwendig, daß Erkrankungen, die „bei der Aufnahme der Weiterversicherung" bereits bestehen, für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung begründen. Diesen Erwägungen verdankt die Vorschrift des Satzes 2 im Abs. 2 a. a. O. ihre Entstehung. Es kann hiernach keinem Zweifel unterliegen, daß sie sich, worauf auch der Wortlaut und ihr Zusammenhang mit Absatz 1 a. a. O. hinweisen, nicht auf früher versicherte Kriegsteilnehmer bezieht, die, wie der Kläger, Pflichtmitglieder einer Kasse durch Wiederaufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung geworden sind. § 1 der mehrerwähnten Bekanntmachung des Bundesrats betrifft lediglich das Recht zur Weiterversicherung und bezieht sich also nur auf diejenigen ehemaligen Kriegsteilnehmer, die nach Absatz 1 daselbst freiwillig wieder in die Krankenversicherung eingetreten sind. Der Kläger kann deshalb als Versicherungspflichtiger die Gewährung von Krankenhilfe nach Maßgabe der Kassensatzung verlangen, ohne Rücksicht darauf, ob eine Erkrankung bei Beginn der Beschäftigung bereits bestanden hat und ob sie mit Dienstbeschädigungen, die er sich im Kriege zugezogen hat, zusammenhängt oder nicht. Da die Vorschrift des § 1 Abs. 2 Satz 2 a. a. O. nicht anzuwenden ist, kann hier auch unerörtert bleiben, ob bei dem Kläger zur Zeit der Wiederaufnahme der Beschäftigung überhaupt eine Krankheit bestanden hat, oder nur eine Krankheitsanlage, und ob letztere genügen würde, den Anspruch auf

Kassenleistung auszuschließen. Daß im übrigen eine Krankheit oder Krankheitsanlage, die bei Beginn der Beschäftigung besteht, das Zustandekommen eines versicherungsrechtlich wirksamen Beschäftigungsverhältnisses allein noch nicht ausschließt, hat das Oberversicherungsamt zutreffend ausgeführt (zu vgl. auch die Entsch. 1933, Amtl. Nachr. 1914, S. 813). Hiernach rechtfertigt sich die Zurückweisung der Revision.

C. Zur Unfallversicherung.

Voraussetzung und Umfang des Rentenanspruchs eines unehelichen Kindes nach § 588 RVO.

Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 13. November 1915 (I a 4879/14).

Nach § 586 RVO. steht den Hinterbliebenen eines im Betriebe tödlich Verunglückten vom Todestage ab eine Rente zu. Zu den Rentenberechtigten gehören nach § 588 RVO. die Witwe und die ehelichen Kinder, ferner unter bestimmten Voraussetzungen auch die unehelichen Kinder, die der Verstorbene hinterlassen hat. Die Rente für die Witwe und die Kinder beträgt abgesehen von der etwa nach § 595 RVO. notwendig werdenden Kürzung je ein Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, für ein uneheliches Kind jedoch nur, soweit ihm der Verstorbene nach gesetzlicher Pflicht Unterhalt gewährt hat. Die Beklagte und das Oberversicherungsamt gehen fehl, wenn sie diese Vorschrift dahin auslegen, daß ein uneheliches Kind nur dann zur Rente berechtigt sei, wenn der Vater seine gesetzliche Unterhaltspflicht in vollem Umfang erfüllt habe. Zur Auslegung des § 588 ist die Entstehungsgeschichte der Vorschrift heranzuziehen. Die vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung geltenden Unfallversicherungsgesetze ließen das uneheliche Kind unberücksichtigt. Auch der Entwurf der Reichsversicherungsordnung hatte eine Rente für ein uneheliches Kind nicht vorgesehen. Im § 607 des Entwurfs, der dem § 588 des Gesetzes entspricht, hieß es: „für jedes hinterbliebene Kind", eine Fassung, bei der das uneheliche Kind wie nach bisherigem Rechte nicht in Betracht kam. Erst in der ersten Lesung der Reichstagskommission wurden die unehelichen Kinder in die Vorschrift einbezogen, indem beschlossen wurde, statt der Worte „für jedes hinterbliebene Kind" die Worte „für jedes Kind", zu dessen Unterhalt der Vater gesetzlich verpflichtet war, einzusetzen. Diese Fassung stellte das uneheliche Kind dem ehelichen Kinde gleich. In der zweiten Lesung der Reichstagskommission wurde jedoch der Antrag gestellt, bezüglich des unehelichen Kindes statt der in der ersten Lesung beschlossenen Worte zu sagen: „für ein uneheliches Kind jedoch nur, wenn der Verstorbene ihm nach gesetzlicher Pflicht Unterhalt gewährt hat." Zur Begründung des Antrags wurde hervorgehoben, daß der Beschluß erster Lesung in bezug auf die ehelichen Kinder zulassen würde, daß auch dann, wenn der Vater sich um ein uneheliches Kind gar nicht gekümmert habe, nach seinem Tode für das Kind Unfallhinterbliebenenrente beansprucht werden könnte, und weiterhin ausgeführt, daß eine so weit gehende Gleichstellung der unehelichen Kinder mit den ehelichen, gegebenenfalls sogar unter Kürzung der Ansprüche dieser (§ 614 des Entw., der dem § 595 des Gesetzes entspricht), nicht berechtigt sei. Zu diesem Antrage wurde dann der Abänderungsantrag gestellt, statt des Wortes „wenn" das Wort „soweit" zu setzen. Beide Anträge wurden angenommen (zu vgl. Komm.Ber. III S. 62 ff.).

Aus dieser Entstehungsgeschichte der Vorschrift geht hervor, daß der Gesetzgeber, der eine völlige Gleichstellung der unehelichen Kinder mit den ehelichen Kindern nicht für billig gehalten hat, die Gewährung einer Rente an das uneheliche Kind davon hat abhängig machen wollen, daß sich der Vater um sein Kind gekümmert hat. Daraus folgt, daß es für den Rentenanspruch an sich nicht in Betracht kommt, ob der Vater seiner Unterhaltungspflicht in vollem Umfange oder nur zum Teil nachgekommen ist. Hat der Vater nur überhaupt in Erfüllung seiner Pflicht dem Kinde Unterhalt gewährt, so steht dem Kinde eine Rente zu. Die durch das nachträglich eingesetzte Wort „soweit" herbeigeführte Beschränkung regelt lediglich den Umfang des Rentenanspruchs und berührt nicht dessen Bestehen. Dem Kläger steht also im vorliegenden Falle ein Rentenanspruch zu, da der Verstorbene unstreitig einen Teil des ihm obliegenden Unterhalts gewährt hat.

Zweifelhaft kann nur sein, in welcher Weise die Rente zu bemessen ist. Die Bemessung hängt davon ab, wie die durch das Wort „soweit" eingeführte Beschränkung des Umfangs des Anspruchs zu deuten ist. Der Wortlaut des Gesetzes legt zwar die Auslegung nahe, daß die Höhe der Rente nach dem Betrage des vom Verstorbenen tatsächlich Geleisteten habe bemessen werden sollen. Eine einseitige Berücksichtigung des Wortlauts muß indessen im vorliegenden Falle besonders erheblichen Bedenken begegnen. Bei näherer Prüfung des § 588 er-

gibt sich, daß der Gesetzgeber nicht beabsichtigt haben kann, das vom Vater des unehelichen Kindes in Erfüllung seiner Unterhaltspflicht tatsächlich Geleistete zur Grundlage der Rentenbemessung zu machen. Abgesehen davon, daß in vielen Fällen eine sichere Feststellung des tatsächlich Geleisteten großen Schwierigkeiten begegnen, ja nicht selten fast unmöglich sein würde, sprechen folgende Erwägungen gegen eine Bemessung der Rente nach dem Betrage des tatsächlich Geleisteten.

Es muß davon ausgegangen werden, daß der Gesetzgeber, als er unter Aufgabe des Standpunktes der früheren Gesetze sich entschloß, auch dem unehelichen Kinde einen Rentenanspruch zuzuerkennen, ihm damit auch ein Recht geben wollte, das von wirtschaftlicher Bedeutung sei. Wollte man aber die Rente nach dem vom Vater tatsächlich geleisteten Unterhalt bemessen, so würde in so vielen Fällen, wo der Vater seiner Unterhaltspflicht nur in geringem Grade nachgekommen ist, eine Rente sich ergeben, die eine wirtschaftliche Bedeutung für das Kind nicht mehr hätte. Ueberdies ist selbst bei gutem Willen des Vaters häufig das Maß der Erfüllung der Unterhaltspflicht von Zufälligkeiten abhängig. Nicht nur vorübergehende Krankheit, auch unverschuldete Arbeitslosigkeit können den gutwilligen Vater an der vollen Erfüllung seiner Unterhaltspflicht verhindert haben, und es würde dem mit der Einführung der Vorschrift erstrebten Zweck widersprechen, wenn man auch in solchen Fällen, lediglich das tatsächlich Geleistete wollte entscheidend sein lassen. Noch deutlicher würde die Unhaltbarkeit einer Bemessung nach dem tatsächlich Geleisteten hervortreten, wenn man auch in den Fällen, wo der Vater nicht freiwillig geleistet hat, sondern die Unterhaltungsbeträge erst im Wege der Zwangsvollstreckung haben eingezogen werden müssen, in der Zwangsleistung eine Gewährung des Unterhalts im Sinne des § 588 erblicken wollte. Dann würde die Höhe der Rente von dem Grade der Sorgfalt abhängig sein, die der Vormund auf die Wahrnehmung der Rechte seines Mündels verwendet.

Alle diese Erwägungen legen den Gedanken nahe, für die Bemessung der Rente nach einem anderen Maßstabe zu suchen, der eine feste Grundlage für diese Bemessung abgeben kann und trotzdem die durch die Einsetzung des Wortes „soweit" gewollte Beschränkung des Umfanges des Anspruches gewährleistet. Ein solcher Maßstab ist gegeben, wenn man statt des tatsächlich Geleisteten den Umfang der gesetzlichen Unterhaltungsverpflichtung für die Bemessung der Rente entscheidend sein läßt. Für diese Auslegung des Gesetzes hat sich das Reichsversicherungsamt entschieden.

Die Höhe der gesetzlichen Unterhaltungsverpflichtung ist im vorliegenden Falle bereits durch Richterspruch festgelegt. Der Verstorbene hatte nach dem Urteil des Königlichen Amtsgerichts Hettstedt vom 22. Juli 1910 vierteljährlich eine Rente von 45 M. zu zahlen. Demnach beträgt die dem Kläger nach § 588 RVO. zustehende Hinterbliebenenrente, da der Jahresbetrag der Unterhaltsrente nicht die Höhe von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen erreicht, vorbehaltlich einer etwaigen Kürzung nach § 595, jährlich 180 M.

Ersatzanspruch einer Kasse gegen eine Berufsgenossenschaft im Falle des § 1511 RVO.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1915 (2152 Amtl. Nachr. 1916 S. 359).

Nach § 1514 RVO. kann eine Berufsgenossenschaft die Erfüllung ihrer Pflichten gegen den Verletzten dessen Krankenkasse über die dreizehnte Woche nach dem Unfall hinaus übertragen. Geschieht dies, so gilt nach § 1514 Abs. 3 für die eigenen Leistungen der Krankenkasse die Vorschrift des § 1510. § 1511, dem § 10 Nr. 2 Abs. 3. der Satzung der Klägerin entspricht, ist in § 1514 nicht mitaufgeführt. Ob gleichwohl Satzungsbestimmungen nach § 1511 auch in den Fällen des § 1514 anzuwenden sind, kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls gibt § 1511 der Kasse nicht das Recht, in Fällen der vorliegenden Art als Ersatz für das Krankengeld die volle, auf die Zeit der Gewährung des Krankengeldes entfallende Unfallrente zu verlangen. Für § 1511 ist der Ersatzanspruch der Kasse gegenüber der Berufsgenossenschaft nicht besonders geregelt. Er bestimmt sich daher nach den allgemeinen Vorschriften der §§ 1501 ff. § 1501 setzt voraus, daß die Kasse pflichtgemäß nach Gesetz oder Satzung infolge eines Unfalls Leistungen für eine Zeit bewirkt hat, für die der Berechtigte infolge eines Unfalls auch Anspruch auf Unfallentschädigung hatte. Diese Voraussetzung liegt hier vor. § 1511 will den Kassen die Möglichkeit geben, die Unfallentschädigung auf das Krankengeld in weiterem Umfang als nach § 1510, d. h. über die Grenzen des Ersatzanspruchs nach den §§ 1506, 1507, anzurechnen (zu vgl. Kommissionsber. 5. Teil S. 8). Sonst sind die Voraussetzungen des § 1511 die gleichen wie nach § 1510. Satzungsbestimmungen gemäß § 1511 sind somit ebenso wie § 1510 nur anzuwenden, wenn bereits eine Unfallentschädigung gewährt wird. Das ergibt sich auch aus dem Wortlaute des § 1511; denn die Vorschrift betrifft ausdrücklich die Zahlung von Krankengeld für eine Zeit, für die Unfallrente oder Heilanstaltspflege gewährt „wird". Solange dies nicht der Fall ist, muß mithin das Krankengeld voll gezahlt werden. Die Rechtslage ist so-

mit ähnlich wie nach § 1522. Danach kann der Antrag, eine Invaliden- oder Hinterbliebenenrente festzustellen, nicht deshalb abgelehnt werden, weil Invalidität oder Tod Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist. Die Rente ist vielmehr voll zu zahlen, bis die Unfallrente gewährt wird. Wird diese gewährt, so ist entsprechend dem, was bei Satzungsbestimmungen nach § 1511 für das Krankengeld gilt, nur der die Unfallrente übersteigende Betrag der Invaliden- oder Hinterbliebenenrente zu zahlen. Die Invaliden- oder Hinterbliebenenrente hat demnach, solange keine Unfallrente festgesetzt ist, insoweit, als sie sich mit der zu gewährenden Unfallrente deckt, die Natur eines Vorschusses auf diese (zu vgl. Entsch. 1141 und 1242, Amtl. Nachr. 1904 S. 484, 1906 S. 204). Das gleiche ist unbedenklich für das Krankengeld in den Fällen des § 1511 anzunehmen, da hier die Rechtslage, wie dargelegt, ähnlich ist wie im Falle des § 1522. Wird die Unfallrente bewilligt, so steht damit allerdings fest, daß der Versicherte bis zu ihrer Höhe sachlich keinen Anspruch auf das Krankengeld hatte; denn bei Anwendung des § 1511 gebührt ihm das Krankengeld nur soweit, als es die Unfallrente übersteigt. Dies ändert aber nichts daran, daß das Krankengeld bis zur Gewährung der Unfallrente vorschußweise zu zahlen war. Insoweit liegt eine pflichtmäßige Leistung der Krankenkasse im Sinne des § 1501 Abs. 2 vor. Der Ersatzanspruch der Kasse gegen die Berufsgenossenschaft richtet sich gemäß § 1506 Abs. 1 nur bis zur Hälfte der auf die Zeit der Gewährung des Krankengeldes entfallenden Unfallrente begründet. Das entspricht dem Grundsatze der Reichsversicherungsordnung, dem Versicherten bei Vorleistung der Krankenkasse tatsächlich soviel zu gewähren, wie die volle Leistung der Kasse zuzüglich der halben Unfallrente beträgt (zu vgl. die Begr. der RVO. S. 446 ff.). Der Verletzte wird somit in den hier in Rede stehenden Fällen bei Vorleistung der Krankenkasse allerdings günstiger gestellt als bei Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft. Denn im letzteren Falle erhält er bei Anwendung des § 1511 lediglich die Unfallrente und den etwaigen höheren Betrag des Krankengeldes. Darin liegt eine Abweichung von dem weiteren Grundsatz der Reichsversicherungsordnung, den Versicherten für das Verhältnis der Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse zur Unfallentschädigung tunlichst so zu stellen, daß es für ihn gleichgültig ist, ob die Krankenkasse oder der Träger der Unfallversicherung vorleistet (zu vgl. die Begr. a. a. O.). Diese Abweichung ist jedoch im Gesetze selbst begründet, da § 1511 die Anrechnung der Unfallentschädigung auf das Krankengeld über die Grenzen des Ersatzanspruchs nach §§ 1506, 1507 hinaus zuläßt, ohne zugleich der Krankenkasse einen über jene Vorschriften hinausgehenden Ersatzanspruch einzuräumen. Im übrigen ist die Rechtslage auch hinsichtlich des Ersatzanspruchs der Krankenkasse die gleiche wie nach § 1522 für den Ersatzanspruch einer Versicherungsanstalt, wenn Invalidität oder Tod eines Versicherten Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist. Wie bemerkt, ist dann nach § 1522 Abs. 1 Satz 3 der Anspruch auf Invaliden- oder Hinterbliebenenrente, ebenso wie der Anspruch auf Krankengeld nach § 1511 nur insoweit begründet, als die Unfallrente niedriger ist. Trotzdem ist dem Träger der Invalidenversicherung nach § 1522 Abs. 3 Satz 2 als Ersatz seiner Leistungen grundsätzlich nur die Hälfte der Unfallrente zu überweisen. Der in der Arbeiter-Versorgung 1914 S. 725 zu Nr. 4 geäußerten Ansicht, daß die Krankenkasse in Fällen der vorliegenden Art die volle Unfallrente beanspruchen könne, war hier nicht beizutreten. Die Revision konnte somit keinen Erfolg haben.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Berücksichtigung der Anwartschaft aus der Angestelltenversicherung bei Feststellung des Endtermins einer als Entschädigung für Unfallfolgen gezahlten Rente

Urteil des Reichsgerichts (6. Zivilsenat) vom 15. November 1915 (242/15).

Der Kläger hat am 26. März 1913 bei dem Betriebe der preußischen Staatseisenbahn einen Unfall erlitten. Im Streit steht nur die Höhe der ihm für die Unfallfolgen geschuldeten Entschädigung. Nach den Feststellungen der Vorinstanzen ist infolge des Unfalls bei dem Kläger ein Nervenleiden aufgetreten, wodurch der Kläger dauernd in seiner Arbeitsfähigkeit beschränkt wird. Das Berufungsgericht nimmt an, daß diese Beschränkung zunächst — bis zum 31. Dezember 1918 — 50 %, von da an nur noch 25 % ausmachen wird. Für den ersten Zeitraum schätzt es die Erwerbseinbuße des Klägers auf monatlich 200 M., für die spätere Zeit auf nur noch 100 M. monatlich. Mit dem 31. Dezember 1932 soll die Rente völlig aufhören, weil der Kläger im Laufe des Jahres 1932 das 65. Lebensjahr vollendet und damit auch ohne den Unfall erwerbsunfähig geworden wäre. . . .

Die Revision bezeichnet weiter als unberechtigt

die Beschränkung auf das 65. Lebensjahr. Der Kläger hätte seiner Reisendentätigkeit viel länger nachgehen können, auch hätte er, selbst wenn er sie mit 65 Jahren eingestellt haben würde, den Anspruch aus der Angestelltenversicherung erworben gehabt und dann noch bei seiner ihm bekannten Kundschaft auf eigene Rechnung oder gegen Provision bis an sein Lebensende verkaufen können.

Auch diese Rüge muß, soweit der Kläger sich auf besondere Umstände der Reisetätigkeit im allgemeinen oder auf seine persönlichen Beziehungen zur Kundschaft beruft, an § 287 ZPO. scheitern. Beachtung hatte dagegen der Hinweis auf die Anwartschaft aus der Angestelltenversicherung nach dem Reichsgesetz vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) zu finden, das zur Zeit des Unfalls bereits vollständig in Geltung stand (Verdg. vom 8. Nov. 1912, RGBl. S. 533). Daß der Kläger, geboren am 30. August 1867, dem Kreise der nach diesem Gesetze Versicherten zugehöre, ist nach dem bisher festgestellten Sachverhalt anzunehmen. Er war anscheinend Handlungsgehilfe im Sinne des § 59 HGB., § 1 Ziff. 3 Angest.Vers.Ges. Sein Jahreseinkommen vor dem Unfall war festgesetzt auf 2400 M. jährlich fest und 8 M. Reisespesen für den Tag. Da diese letzteren Entgelt im Sinne des § 1 Abs. 3, § 2 Angest.Vers.Ges. nur insoweit sind, als dem Angestellten daraus ein ihm nach der Absicht der Parteien des Dienstvertragsverhältnisses zugedachter Vorteil erwächst — sei es, daß die zum Ersatz der Aufwendungen außerhalb des Wohnorts bestimmte Summe den wirklichen Aufwand übersteigt, sei es, daß der auswärtige Aufenthalt des Versicherten Ersparnisse in der eigenen Wirtschaft ermöglicht —, so ist auch für den Kläger ein Jahresarbeitsverdienst von keinesfalls mehr als 5000 M. anzunehmen (vgl. die Erkenntnisse des Reichsversicherungsamts Amtl. Nachr. 1910, 545 Nr. 2406 und 1902, 546 Nr. 1003; auch dessen Anleitung, betr. den Kreis der nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, vom 20. Dez. 1911 versicherten Personen, abgedr. u. a. in dem Kommentar zu diesem Gesetz von Mentzel-Schulz-Sitzler S. 832ff. Ziff. 6, 15; im Kommentar selbst Erl. 10 zu § 1 S. 35 und Erl. 2 zu § 2 S. 65). Die Wartezeit nach § 48 Angest.Vers.Ges. war zur Zeit des Unfalls noch nicht umlaufen. Anwartschaft bestand nach Sachlage jedenfalls auf Ruhegeld, und zwar vom vollendeten 65. Lebensjahr an bis zum Lebensende, evtl. auch auf sog. Krankenruhegeld nach Maßgabe der §§ 25ff. Angest.Vers.Ges. Bestand aber solche Anwartschaft und ist es dem Kläger durch den Unfall unmöglich geworden, die Versicherungsrente aus dem Gesetz vom 20. Dez. 1911 zu erdienen, so ist auch diese Einbuße als Schadensfolge vom Beklagten zu vertreten (vgl. BGB. §§ 249, 842; Haftpfl.Ges. § 3a; auch VI 142/1909, 399/1912). . . .

(Warneyers Jahrbuch.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Neue Vorschriften über die Todeserklärung Kriegsverschollener.

Ueber die Rechtslage der Angehörigen vermißter Kriegsteilnehmer mit besonderer Rücksicht auf das Reichsversicherungsrecht, über Verschollenheit, Todeserklärung und Nachweis des Todes haben wir verschiedene Beiträge veröffentlicht: Hahn in Arb.-Vers. 1914 S. 564, Brunn das. S. 732, Simm das. S. 745. Die Rechtslage erwies sich als unbefriedigend. In der Deutschen Juristenzeitung 1916 Sp. 28 hat Lenel einen Gesetzesvorschlag, betreffend Kriegsverschollenheit, veröffentlicht. Zu vgl. auch Hoffmann in der Monatsschr. für Arb.u.Angest.Vers. 4. Sp. 172.

Die besonders traurige und schwierige Lage der Angehörigen vermißter Kriegsteilnehmer wird durch die Unstimmigkeiten der Gesetzgebung und die Uneinheitlichkeit ihrer Auslegung noch bedrückender. Der Arbeitsausschuß der Kriegerwitwen und -Waisenfürsorge hat sich deshalb unter Darlegung der Verhältnisse auf Grund der ihm zugegangenen Beschwerden und Klagen mit einer Eingabe an den Reichskanzler, das Reichsamt des Innern, das Kriegsministerium und den Reichstag mit dem Ersuchen um Abhilfe gewandt. Es handelt sich um Festsetzung einer einheitlichen Wartefrist (für den westlichen Kriegsschauplatz etwa von einem Jahr), nach deren Ablauf der Vermißte als verschollen oder als tot gelten soll, so daß an seine Angehörigen die zuständigen Leistungen aus dem Militär- und Zivilverhältnis, der Sozialversicherung und möglichst aus der Privatversicherung unter den erforderlichen Vorsichtsmaßregeln zu gewähren sind.

Diesen und anderen Wünschen kommt eine Verordnung des Bundesrats (Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 18. April 1916, RGBl. S. 296) nur zum Teil entgegen, aus der wir im folgenden einen Auszug mitteilen:

Wer als Angehöriger der bewaffneten Macht des Deutschen Reichs oder eines mit ihm verbündeten oder befreundeten Staates an dem gegenwärtigen Kriege teilgenommen hat (§ 15 BGB.) und während des Krieges vermißt worden ist, kann im Wege des Aufgebotsverfahrens für tot erklärt werden, wenn von seinem Leben ein Jahr lang keine Nachricht eingegangen ist. Das gleiche gilt für Personen, die nicht zur bewaffneten Macht gehören, wenn sie sich bei ihr aufgehalten haben oder ihr gefolgt sind, oder wenn sie in die Gewalt des Feindes geraten sind (§ 1). Als Zeitpunkt des Todes ist, sofern nicht die Ermittlungen ein anderes ergeben, der Zeitpunkt

anzunehmen und im Urteil festzustellen, in dem der Antrag auf Todeserklärung zulässig geworden ist. Wird der Verschollene seit einem besonderen Kriegsereignis (einem Gefecht, einer Sprengung, einem Schiffsunfall oder dergleichen), an dem er beteiligt war, vermißt, so ist der Zeitpunkt des Ereignisses als Zeitpunkt des Todes anzunehmen, es sei denn, daß die Ermittlungen die Annahme rechtfertigen, der Verschollene habe das Ereignis überlebt (§§ 2, 8). Solange nicht die Todeserklärung erfolgt ist, wird das Fortleben des Verschollenen bis zu dem Zeitpunkt vermutet, der nach § 2 in Ermangelung eines anderen Ergebnisses der Ermittlungen als Zeitpunkt des Todes anzunehmen ist (§ 3). Für das Aufgebotsverfahren in den Fällen des § 1 gelten die Vorschriften der Zivilprozeßordnung mit einigen Abweichungen, die auf Vereinfachung abzielen (§ 4). Die Aufgebotsfrist muß mindestens einen Monat betragen (§ 5). Die Bekanntmachung des Aufgebots durch öffentliche Blätter kann unterbleiben (§ 6). Das Gericht kann das Verfahren auf die Dauer von längstens einem Jahre aussetzen, wenn eine weitere Nachricht nicht ausgeschlossen erscheint (§ 9). Für die Anfechtung des Ausschlußurteils gelten die Vorschriften der Zivilprozeßordnung. Der Verschollene ist aber an die Fristen der §§ 958, 976 nicht gebunden (§ 10). Außerdem kann er die Aufhebung der Todeserklärung in einem näher geordneten Verfahren beantragen (§§ 11 bis 16). In jedem Verfahren nach dieser Verordnung genügt zum Nachweis von Tatsachen, die bei dem Truppenteile des Verschollenen bekannt sind, eine mit dem Dienstsiegel versehene schriftliche Erklärung des militärischen Disziplinarvorgesetzten. Soweit es sich um Tatsachen handelt, die bei der obersten Militärverwaltungsbehörde bekannt sind, genügt zum Nachweis die schriftliche, mit dem Dienstsiegel versehene Auskunft der Behörde (§ 17). Für das Verfahren werden Gerichtsgebühren nicht erhoben. Besonderheiten gelten aber im Falle der Aufhebung der Todeserklärung (§ 18). Die Verordnung ist am Tag ihrer Ausgabe in Berlin, am 19. April 1916 in Kraft getreten (§ 19).

Hinsichtlich der Ansprüche aus der Reichsversicherung ist zu bemerken, daß die Vorschriften, die den Anspruch der Hinterbliebenen einfach an den Nachweis einjähriger Verschollenheit ohne Todeserklärung knüpfen (§§ 1099, 1100, 1265, 1266 RVO., §§ 33, 34, 72 AVG.; Hahn in Arb.-Vers. 1914 S. 564, Brunn das. S. 732), ferner die Vorschriften über den Nachweis des wirklichen Todes eines Kriegsteilnehmers (das. S. 732, 745, 841) durch die neue Verordnung selbstverständlich nicht berührt wurden.

Dauer der Kriegswochenhilfe.

Im Heft 10 S. 231 haben wir auf den bedauerlichen Zwiespalt hingewiesen, der durch eine Anweisung des preußischen Ministers des Innern, die sich in bewußten Gegensatz zur Rechtsübung des Reichsversicherungsamts gesetzt hatte, entstanden war. Die Verwaltung des Oberschlesischen Knappschaftsvereins in Tarnowitz hat sich das Verdienst erworben, durch eine Eingabe an den Reichskanzler die Beseitigung dieses Zwiespalts erwirkt zu haben. Ihr ist durch Vermittlung des Regierungspräsidenten folgender Bescheid zugegangen:

„Auf die an den Herrn Reichskanzler gerichtete Eingabe vom 29. Februar d. J. I D. 38 benachrichtige ich die Verwaltung im Auftrage des Herrn Ministers des Innern, daß der Herr Reichskanzler im Einvernehmen mit dem Herrn Staatssekretär des Reichsschatzamts sich damit einverstanden erklärt hat, daß die Lieferungsverbände die Wochenhilfe im gleichen Umfange gewähren, wie sie die Krankenkassen nach den Entscheidungen des Reichsversicherungsamts zu leisten haben. Nachzahlungen von Wochen- und Stillgeld sollen jedoch nur bei Stellung besonderer Anträge erfolgen."

Das Heilmittelwesen in der Kriegszeit.

Zu den Kriegswirkungen gehört auch eine ganz erhebliche Verteuerung der Arzneien und sonstigen Heilmittel. Sie hat ihre Ursache darin, daß durch den Krieg selbst eine große Menge von Heilmitteln verbraucht wird, sodann, daß aus mancherlei Gründen die erforderlichen Ur- oder Rohstoffe knapp geworden sind. Schon bald nach Ausbruch des Krieges versandten verschiedene Apothekervereine an Krankenkassen und Aerzte Rundschreiben, welche eine Preissteigerung für Heilmittel ankündigten. Es war darin gesagt, daß „die Großhandlungen und Fabriken chemisch-pharmazeutischer Erzeugnisse schon jetzt Aufschläge, zum Teil von 20 bis 25 Prozent erheben", daß „fast die gesamte Großindustrie für Spezialitäten und Verbandstoffe ihre Präparate um 20 bis 40 Prozent aufgeschlagen und außerdem den handelsüblichen Kredit erschwert oder entzogen hat", daß sie „Kriegspreise eingeführt habe" usw. Die großen chemisch-pharmazeutischen Fabriken wendeten sich in einer Erklärung gegen diese Angaben. Nur für einige wenige freie Handelsprodukte sei eine Preissteigerung eingetreten. Die chemische Großindustrie könne mit Recht darauf hinweisen, daß sie, trotz der Unterbindung der Ausfuhr, die den allergrößten Teil ihres Umsatzes zum Ausfall bringt und Unsummen von Außenständen im Ausland vorerst uneinbringlich macht, trotz der erschwerten und verteuerten Betriebsführung usw. in loyaler Weise Preiserhöhungen für Arzneimittel nicht habe eintreten lassen.

Es soll hier nicht untersucht werden, wer von beiden Teilen Recht hat. Jedenfalls ist es eine Erfahrungstatsache, daß die Arzneien und Heilmittel aus den Apotheken inzwischen erheblich gestiegen sind. Das war natürlich nur möglich durch Erhöhung der amtlichen Taxen für Arzneien und Heilmittel. Ende Dezember 1914 beschloß der Bundesrat, eine neue Arzneitaxe für 1915 nicht herauszugeben, vielmehr die Deutsche Arzneitaxe 1914 auch nach Ablauf des Jahres 1914 „bis auf weiteres" gelten zu lassen. Man half sich aber inzwischen damit, eine Anzahl Nachträge zu dieser Taxe herauszugeben. Der erste Nachtrag trat schon am 1. Januar 1915 in Kraft; seine Erhöhung der Arzneipreise war immer noch mäßig zu nennen. Schärfer faßte schon der zweite Nachtrag zu, der am 1. Juli 1915 in Wirksamkeit trat. Die Apotheker waren bis dahin, wie sie mitteilten, gezwungen, einzelne Arzneimittel zu Preisen abzugeben, die niedriger waren, als die Einkaufspreise. Da die für die Krankenkassen geltenden Preise der Handverkaufslisten bestimmungsgemäß nicht höher sein dürfen als die Preise der Arzneitaxe

abzüglich des Rabatts, so erstrecke sich die Schädigung auf den Handverkauf. Der zweite Nachtrag brachte keinerlei Aenderung der allgemeinen Bestimmungen der Arzneitaxe, sondern enthielt 127 Preisheraufsetzungen für Arzneimittel. Darunter befanden sich eine Reihe der gebräuchlichsten Mittel, ferner fast alle Fette und Oele, sowie diejenigen galenischen Präparate, bei deren Herstellung solche verwendet werden. Weniger in die Augen springend war die Erhöhung bei Spiritus und einer Anzahl von Spirituspräparaten. Die Tinkturen und die vegetabilischen Drogen blieben, von geringen Ausnahmen abgesehen, fast unverändert. Im Oktober 1915 trat ein dritter Nachtrag zur Reichsarzneitaxe in Kraft. Er brachte wieder eine Reihe von Erhöhungen der einzelnen Ansätze.

Aber auch noch auf anderem Wege sind die Heilmittel im Preise hinaufgesetzt worden. Nach § 376 Abs. 2 RVO. setzt die höhere Verwaltungsbehörde unter Rücksicht auf die örtlichen Verhältnisse und die im Handverkauf üblichen Preise die Höchstpreise von solchen einfachen Arzneimitteln fest, welche sonst ohne ärztliche Verschreibung (im Handverkauf) abgegeben zu werden pflegen. Diese Höchstpreise dürfen einen Betrag nicht überschreiten, der sich aus der Arzneitaxe ergibt. Aehnliche Bestimmungen finden sich auch in § 24 Abs. 4 des preußischen Knappschaftsgesetzes. In Ausführung dieser Bestimmungen erschienen schon gegen Ende des Jahres 1913 amtlich (in Preußen von den Regierungspräsidenten) festgesetzte Handverkaufslisten. Mitte und Ende des Jahres 1915 erschienen vielfach Nachträge dazu. Neuerdings sind mehrfach diese Handverkaufslisten durch vollständig neue ersetzt worden. Die z. B. unterm 18. März 1916 vom Regierungspräsidenten in Merseburg festgesetzte neue Liste sieht eine ansehnliche Erhöhung vieler Sätze vor. Nach den Anmerkungen gelten die Handverkaufspreise nur, wenn die Arneistoffe ungemischt und ungeteilt verordnet sind und abgegeben werden. Ist die Menge des Arzneistoffes in der Verordnung nicht angegeben, so ist die in der Handverkaufsliste angegebene kleinste Menge zu verabfolgen.

Von den Behörden und Krankenkassen-Organisationen ist versucht worden, der Verteuerung der Heilmittel entgegen zu wirken. Insbesondere war man bestrebt, für schwer beschaffbare Mittel Ersatzstoffe ausfindig zu machen. Nach einem Schreiben des Reichskanzlers vom 11. Oktober 1914 fanden Beratungen mit den Vertretern der Verbandstoffindustrie statt. Es wurde empfohlen, auf die Verwendung von Ersatzmaterial zurückzugreifen.

Als solches werden, so heißt es in dem Schreiben weiter, empfohlen Holzwollcharpie und Zellstoffwatte. Diese Fabrikate sollen sich zwar nicht dazu eignen, um unmittelbar mit den Wunden in Berührung gebracht zu werden, aber sie werden als Polster und Aufsaugematerial, wie verlautet, schon verschiedentlich verwendet und sollen bereits in einer Reihe von Krankenhäusern in Gebrauch sein. Das Gesundheitsamt hat vom medizinalpolizeilichen und hygienischen Standpunkt aus gegen die Verwendung solcher Stoffe, falls sie nicht mit den Wunden unmittelbar in Berührung gebracht werden, keinen Einwand zu erheben.

Wenn auch die Verwendung dieses Verbandstoffersatzes vielen Aerzten schon bekannt sein wird, so ist doch anzuregen, daß Aerzte und Krankenhäuser auf diese von jeder Verbandstoffhandlung beziehbaren Ersatzstoffe für Baumwollverbandstoffe aufmerksam gemacht werden. Bei den Besprechungen wurde außerdem noch mitgeteilt, daß die Behörden und Verbände bedeutende Ersparnisse erzielen würden, wenn sie ihre Lieferungen unmittelbar leistungsfähigen Firmen, Verbandstoff-Fabriken oder Verbandstoffhändlern übertragen und davon absehen würden, sich Mittelspersonen zu bedienen, die, wie dies vorgekommen sei, nicht einmal sachverständig seien und nur zur Verteuerung der Waren beitrügen.

In einer Eingabe vom 14. Januar 1915 bat die Zentralkommission der Krankenkassen Berlins und der Vororte das preußische Ministerium des Innern, für die Behandlung von Mitgliedern der Krankenkassen Gummiartikel, Benzin und Glycerin von der Beschlagnahme freizugeben. Das Ministerium antwortete darauf, daß von der Beschlagnahme geringe Stoffmengen nicht betroffen werden. Die weiter unentbehrlich erscheinenden Mengen werden für den Vertrieb auf Antrag durch die Kriegschemikalien-Aktiengesellschaft, Berlin W. 66, Mauerstr. 63/65, auf Grund einer Genehmigung der Kriegs-Rohstoff-Abteilung freigegeben. Jedem Gummiwarenfabrikanten wird auf Antrag eine bestimmte Menge Rohgummi zur Erledigung dringender privater Zwecke zur Verfügung gestellt; hierbei werden auch Bestellungen von Krankenkassen berücksichtigt.

Der Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen, dem auch eine Beratungsstelle für Heilwesen angegliedert ist (Dresden, Sternplatz 7) hat ein Flugblatt „An die Herren Kassenärzte!" herausgegeben, das zur Verteilung an diese bestimmt ist und das eine Reihe Ratschläge über die Verordnung von Ersatzmitteln bietet. So sollen z. B. kampferhaltige Arzneimittel nur in dringendsten Fällen verordnet werden. Der übermäßig teure, so heißt es weiter, oft verfälscht in den Handel gebrachte Balsamum peruvianum kann nach den Erfahrungen der Berliner Universitätsklinik für Hautkrankheiten bei der Behandlung der Krätze gut entbehrt werden. An seiner Stelle verordne man: Rp. Sulfur. praecipit 30,0 Adip. suilli 100,0 oder die Helmerichsche Salbe: Rp. Sulfur depurati 20,0 Kalii carbon. 10,0 Adip. suill 100,0 Unter allen Umständen vermeide der Arzt die Verordnung zu reichlicher Mengen der Arzneimittel. Z. B. soll ein Patient mit 100 Gramm eines flüssigen oder mit 50 Gramm eines öligen Mittels oder mit 20 Gramm eines Vasolimentes unbedingt acht Tage auskommen. Die Hauptwirkung der Einreibemittel beruht doch wohl auf der Massage. Mehr wie die angegebenen Mengen von diesen Mitteln auf einmal zu verordnen, ist somit in der Regel nicht zweckmäßig. An Stelle der Breiumschläge mit Leinsamenmehl empfehle der Arzt die Anwendung heißer Tücher oder Breiumschläge mit gequetschten heißen Kartoffeln oder, besonders auf dem Lande, das Auflegen heißer, mit Heublumen gefüllter Säckchen (Heublumen sind bei jedem Landwirt unentgeltlich zu haben).

Bei Beachtung aller dieser Winke wird es möglich sein, das Anschwellen der Ausgaben für Arzneien und Heilmittel bei den Krankenkassen zu vermindern.

Zum Begriff des Entgelts.

Ueber die Frage, ob Lohnausfallentschädigungen, die der Unternehmer

seinen Arbeitern im Falle von Betriebseinschränkungen zahlt, bei Rentenberechnung und Umlage zu berücksichtigen sind, wurde in der Sitzung des geschäftsführenden Ausschusses des Verbandes der Deutschen Berufsgenossenschaften verhandelt („Berufsgenossenschaft" Nr. 6 S. 53). Der Berichterstatter Dr. Reißer führte aus: Wenn, wie in der Textilindustrie, infolge behördlicher Maßnahmen oder infolge Rohstoffmangels oder aus anderen Gründen die Arbeitszeit in der Fabrik beschränkt werde, und der Arbeiter infolgedessen weniger verdient, als er zum Leben brauche, so pflege dem von Seiten des Unternehmers auf verschiedenen Wegen abgeholfen zu werden, — entweder dadurch, daß die Stück- oder Zeitlohnsätze erhöht werden oder dadurch, daß für den Verdienstausfall besondere feste Entschädigungssätze gewährt werden. Ob der eine oder andere Weg beschritten werde, sei Zweckmäßigkeitsfrage. Berichterstatter sei der Ansicht, daß weder in dem einen noch in dem anderen Falle die Gewährung der Entschädigung als reine Liberalität anzusehen, sondern daß sie dem „Entgelt" zuzurechnen sei. Sie stelle den Gegenwert dafür dar, daß der Arbeiter das Arbeitsverhältnis aufrecht erhalte und dem Unternehmer zur Verfügung bleibt.

Demgegenüber könne nicht eingewendet werden, daß es sich bei den festbestimmten Lohnausfallentschädigungen gerade um Zuwendungen handele, die für die Zeit, in der nicht gearbeitet werde, gewährt würde, für eine Zeit also, in der die Berufsgenossenschaft kein Risiko trage. Denn es sei nicht angängig, den weiter gewährten Zeit- oder Stundenlohn und die Lohnausfallentschädigung auseinanderzureißen. Beide Leistungen bedingten einander wechselseitig. Beide zusammengenommen stellten den Gegenwert für die persönliche Widmung des Dienstpflichtigen während der ganzen Dauer des Verhältnisses dar. Da indessen über die Frage verschiedene Ansichten bestünden, sei sie auf die Tagesordnung gesetzt worden in der Voraussetzung, daß ähnliche Verhältnisse wie in der Textilindustrie auch bei anderen Gewerbezweigen bestünden.*)

Bei der Beratung wies ein Redner darauf hin, daß ähnliche Gesichtspunkte auch noch bei anderen während des Krieges gemachten Zuwendungen der Arbeitgeber an die Arbeiter auftauchen könnten. So wäre es wohl nicht zweifelhaft, daß die vielfach den Arbeitern und den versicherten Angestellten aus Anlaß der Teuerung gewährten Zulagen dem Einkommen für die Rentenberechnung und Umlageerhebung hinzuzurechnen seien. Dies gelte aber seiner Ansicht nach nicht für diejenigen Bezüge, die den kriegsbeurlaubten versicherten Beamten bezahlt werden, weil diese letzteren trotz Fortbestehens des Anstellungsverhältnisses doch aus der versicherungspflichtigen Tätigkeit ausgeschieden seien.

Ein Vertreter der Sächsischen Textil-Berufsgenossenschaft teilte mit, daß diese Genossenschaft den Standpunkt vertrete, daß die den infolge behördlicher Maßnahmen ganz oder teilweise arbeitslos gewordenen Textilarbeitern gemeinsam von Reich, Staat und Gemeinden und Arbeitgebern gewährte Kriegsunterstützung eine Arbeitslosenunterstützung sei, die keineswegs zur Umlage mit herangezogen werden könne, auch soweit es sich um den auf den Arbeitgeber entfallenden Anteil handle. Hier zahle der Arbeitgeber nicht lediglich in der Absicht, sich dadurch die Arbeiter seinem Betriebe zu erhalten, sondern hauptsächlich, um im Verein mit den Gemeinden usw. die Arbeiter für unverschuldete Arbeitslosigkeit schadlos zu halten. Schon der Umstand, daß für viele unterstützte Arbeiter gar nicht die Möglichkeit bestehe, in andere Betriebe und Industriezweige abzuwandern, schließe einen dies verhütenden Zweck der Unterstützung aus. Wenn der Arbeitgeber für sich allein wegen Beschränkung der Arbeitszeit in der Fabrik seinen Arbeitern Lohnausfallentschädigungen gewähre, so könne man allerdings hierin unter Umständen einen Gegenwert dafür erblicken, daß der Arbeiter das Arbeitsverhältnis aufrecht erhält und dem Unternehmer zur Verfügung bleibt, sodaß dann ein umlagepflichtiges Entgelt in Frage komme. Gleichwohl sei dies nicht zweifelsfrei und immerhin bemerkenswert, daß das Reichsversicherungsamt früher zu dem verdienten Entgelt grundsätzlich nur die Bezüge gerechnet hat, die sich als Entgelt für eine versicherte Beschäftigung darstellen, nicht aber sonstige Leistungen, auch wenn sie auf Grund des Arbeitsvertrages gewährt werden. Bezüge, die Arbeiter oder Betriebsbeamte zwar auf Grund des Arbeitsvertrages, aber gemäß § 616 BGB. für eine Zeit erhalten, in der sie nicht arbeiten können, z. B. während einer Krankheit oder einer militärischen Uebung, seien deshalb nach früherer Auffassung des Reichsversicherungsamtes der Umlage nicht mit zugrunde zu legen.

Demgegenüber wiesen ein weiterer Redner und der Berichterstatter darauf hin, daß das Reichsversicherungsamt in einer neueren grundsätzlichen Entscheidung von seinem früheren Standpunkt abgegangen sei und den während eines Urlaubs oder einer militärischen Dienstleistung fortgezahlten Lohn dem Entgelt zurechne.

Nachdem dann noch ein weiterer Redner ausgeführt hatte, es müsse ein Unterschied gemacht werden zwischen den Fällen, in denen Zeitlohn, und denjenigen, in denen Akkordlohn gezahlt wurde, und nachdem der Berichterstatter seine Auffassung dahin zusammengefaßt hatte, daß auch nach seiner Meinung Voraussetzung der Entgeltsnatur der Lohnausfallentschädigungen nicht nur Fortdauer des Arbeitsvertrages, sondern auch Fortdauer der Beschäftigung im Betriebe sei, beschloß der Ausschuß, von einer Stellungnahme zu der aufgeworfenen Frage Abstand zu nehmen.

---

*) Die Auffassung des Berichterstatters wird, wie inzwischen bekannt geworden, auch vom Reichsversicherungsamt geteilt, in einer an die Leinenberufsgenossenschaft gerichteten Zuschrift dieser Behörde (vgl. „Der Deutsche Leinenindustrielle" Nr. 5 vom 4. Februar 1916) heißt es: „Vorbehaltlich anderweitiger Entscheidung im instanziellen Verfahren vertritt das Reichsversicherungsamt die Auffassung, daß die Betriebsunternehmer, die Vergütungen, die sie ihren Arbeitern zu dem Zweck zahlen, sie für den Verdienstrückgang zu entschädigen, der durch die gesetzlich angeordnete Verminderung der Arbeitszeit verursacht ist, in die Lohnnachweisungen einzusetzen haben. Das Reichsversicherungsamt geht hierbei davon aus, daß auch diese Vergütungen auf dem Arbeitsvertrage beruhen und als ein durch die besonderen Verhältnisse aus der Kriegszeit bedingter Aufschlag zu dem Lohn, der für die tatsächliche Beschäftigungszeit gezahlt wird, anzusehen sind.

Literarisches.

Kommentar zur Reichsversicherungsordnung und ihrem Einführungsgesetz. Zweiter Band: Unfallversicherung. Von Prof Dr. Stier-Somlo, Berlin 1916 bei Franz Vahlen. Preis 26 M., gebunden 29 M.

Es ist eine tüchtige und dankenswerte Leistung des Verfassers und der Verlagshandlung, daß sie dies umfassende Werk (von 55 und 1110 Seiten) unter den durch den Krieg bedingten ungünstigen Umständen, die im allgemeinen weder die Sammlung zu literarischem Schaffen zu fördern, noch die buchhändlerische Unternehmungslust anzuregen geeignet sind, herausgebracht haben. Der Verfasser hat an die Arbeit die gleiche Mühe und Sorgfalt gewendet wie an den ersten Band, und der Verlag hat trotz der bekanntlich erheblich gesteigerten Herstellungskosten den Preis nicht höher bemessen als für den ersten Band. Daher ist der Wunsch und die Erwartung gerechtfertigt, daß dieser Fortsetzung des großen Werkes auch der gleiche Erfolg beschieden sein wird wie dem ersten Teile, dessen Vorzüge — besondere Reichhaltigkeit und umfassende Berücksichtigung der Materialien, der Rechtsprechung und der Literatur — wir schon früher gerühmt haben (1915 S. 214) und auch dem vorliegenden neuen Bande zuerkennen müssen. Bei der Umfänglichkeit der Anmerkungen zu einzelnen Vorschriften des dritten Buches ist auch die Uebersichtlichkeit in der Anordnung des Stoffes und in der buchtechnischen Gestaltung besonders wertvoll und anzuerkennen. Im Vorwort wird das alsbaldige Folgen des dritten Bandes in Aussicht gestellt. Es ist nicht zu ersehen, ob dieser das Werk abschließen, also außer dem vierten Buche (Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung) auch noch das fünfte und sechste Buch bringen wird. Jedenfalls werden Behörden und Versicherungsträger der Vollendung des Werkes mit Interesse entgegensehen.

Gegen den Mißbrauch geistiger Getränke. Von den Veröffentlichungen des Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke liegen folgende im „Mäßigkeits-Verlag" Berlin W. 15, Uhlandstraße 146) erschienene Schriften vor:

Eucken, Geh. Rat, Prof. Dr. und v. Gruber, Geh. Rat, Prof Dr., Ethische und hygienische Aufgaben der Gegenwart. Vorträge vom 8. Januar 1916 in der Neuen Aula der Berliner Universität. (Preis 50 Pf.),

Brunzlow, Oberstabsarzt Dr., Wehrkraft und Alkohol 2. Aufl. (50 Pf.),

Esche, Prof. Dr., Alkohol und Sittlichkeit (20 Pf.),

Flaig, Dr., Bedeutsame Maßnahmen von Militär- und Zivilbehörden mit Bezug auf den Alkohol während des Krieges I, II, III, IV, V (zusammen 65 Pf.),

Gonser, Prof, Der Alkohol und der Krieg (20 Pfg., 100: 12 M.),

Gonser, Prof., Der Alkohol und der Alkoholismus — ein Kampf für deutsche Volkskraft (20 Pf., 100: 12 M.),

Scheven, Dr., Der Krieg und das Braugewerbe (20 Pf.),

von Strauß und Torney, Senatspräsident Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat D. Dr. Dr., Der Alkohol, sein Mißbrauch und dessen Folgen (15 Pf., 100: 10 M.),

Trommershausen, Prof Dr., Die antialkoholischen Maßnahmen der deutschen Militär- und Zivilbehörden während des Krieges in ihrer Bedeutung für Gegenwart und Zukunft (20 Pf.),

Weymann, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr., Der Kampf gegen die Alkoholschäden — eine Kulturaufgabe (25 Pf.),

Zimmermann, Prof. Dr. Waldemar, Verbot der Erzeugung von Trinkbrantwein (10 Pf.),

Bericht über die Jahresversammlung 1914 des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke (1,25 M.),

Trinkerfürsorge. Berichte über die 4. bis 7. Trinkerfürsorge-Konferenz (ein Band 2,40 M.).

Der Krieg hat die Bestrebungen weiter Volkskreise und die Bemühungen führender, ernster, auf hoher wissenschaftlicher und sittlicher Warte stehender Männer zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs nun von neuem entfacht und stärker angeregt, indem er die Schäden, das Ziel und die Mittel des Kampfes in grellere Beleuchtung rückte. Die angezeigten Schriften geben, in der Verschiedenheit des Ausgangspunktes der Betrachtung, eine nahezu vollkommene Vorstellung von der Vielseitigkeit der Schäden, der Aufgaben und der auf das gleiche Ziel gerichteten Bemühungen. Eucken weist im Rahmen einer umfassenderen Darstellung, welche die ethischen Aufgaben der Gegenwart überhaupt behandelt und sie aus dem Verhältnis der Moral zur Kultur entwickelt, auf die Trunksucht und auf die Neigung, das Uebel nachsichtig zu beschönigen, nur als auf einen einzelnen Punkt hin. Auch der auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Physiologie und Biologie gegründete Vortrag von Grubers mündet schließlich in die Entwicklung sittlicher Aufgaben und in einen warmherzigen Aufruf der Einzelnen zur Mitarbeit an dem hohen Werke. Die besonderen sittlichen Pflichten der Frauen auf diesem Gebiete, vor allem die schöne Aufgabe, das Familienleben vor weiterer Zerstörung durch die Trinkunsitten zu bewahren, legt Esche dar. Eine planmäßige Willenskultur zur Befreiung von diesen Unsitten, zur Steigerung unserer Volkskraft und zur Beseitigung der in den Trinkgewohnheiten liegenden Hemmnis unserer Entwicklung, stellt Weymann als den Kern unserer heutigen kulturellen Aufgabe hin. Von interessanten historischen Mitteilungen über die Entstehung des Gebrauchs und des Mißbrauchs berauschender Getränke bei den verschiedenen Völkern geht von Strauß und Torney aus und beschwört (wie übrigens auch Eucken) im Geiste Luthers insbesondere den deutschen Teufel, das Biertrinken, weist dann die Schädigung unseres Volkswohlstandes, unseres Familienlebens, der Lebensdauer und Lebenserwartung, der Nachkommenschaft usw. und schließlich die Wirkung einzelner Maßnahmen der Bekämpfung des Uebels nach. Wie der Krieg mit einem Schlage die Alkoholfrage in ihrer nationalen Bedeutung, in ihrer Bedeutung für die Leistungsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit nicht nur der Truppen, sondern unseres ganzen Volkes und auch für die Volksernährung klargestellt hat und welche Forderungen für die Zukunft sich daraus ergeben, zeigt

Gonser. Die besondere, in den verschiedensten Richtungen schädigende Einwirkung des Alkohols auf das Heer, nicht nur bei uns, sondern auch bei anderen Völkern belegt in sachkundiger Weise Oberstabsarzt Dr. Brunzlow mit historischem und statistischem Material. Sehr interessanten Stoff bieten auch alle anderen oben angezeigten Schriften, namentlich auch die beiden an letzter Stelle genannten Berichte, die eine Fülle von kennenswerten Mitteilungen und Ausführungen erfahrener Männer der Wissenschaft und Praxis enthalten.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Freiwillige Angestellten- u. Invalidenversicherung der Kassenbeamten.

1. Nach Göttingen. Frage: Der § 17 des Regulativs über die Anstellung und Versorgung unseres Kassenbeamten lautet folgendermaßen: „Die bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte versicherten Beamten sind, solange sie sich im Dienste der Kasse befinden, beim Wegfall der Versicherungspflicht gehalten, das Recht der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung wahrzunehmen, bis die Wartezeit erfüllt ist. Nach erfüllter Wartezeit haben sie die erlangte Anwartschaft auf die Leistungen der Angestelltenversicherung aufrecht zu erhalten. Die Kosten der freiwilligen Weiterversicherung und die Anerkennungsgebühr trägt die Kasse. Das gleiche gilt hinsichtlich der Invalidenversicherung nach der RVO.". Wir möchten gern Ihre Ansicht darüber hören, welcher Nutzen der Kasse aus der Aufrechterhaltung der Angestelltenversicherung entsteht, und welche Vorzüge der Beamte dadurch hat. Die von der Kasse zu tragenden Kosten für die freiwillige Weiterversicherung sind sehr hoch. Liegt nach dem Wortlaut des § 17 eine Verpflichtung zur Fortsetzung der Versicherung vor oder kann mit Zustimmung des Kassenvorstandes davon abgesehen werden?

Antwort: Das Regulativ für die Kassenbeamten ist zwingenden Rechts. Daher würde ein Verzicht des Kassenbeamten darauf, daß die Kasse die Beiträge für die freiwillige Fortsetzung der Angestellten- und der Invalidenversicherung zahlt, unwirksam sein. Dem Beamten bieten die beiden Versicherungen wesentliche Vorteile, wie jedem anderen Versicherten. Im Falle der Invalidität hat er Anspruch auf Invalidenrente, vom 70. Lebensjahr auf Altersrente bezw. bei Berufsunfähigkeit oder vom 65. Lebensjahr auf Ruhegeld, ferner Anspruch auf Hinterbliebenenfürsorge Das Nähere ergibt sich aus §§ 1250ff. RVO. und §§ 20 ff. AVG. Die Kasse hat im allgemeinen keinen unmittelbaren Vorteil daraus, einen mittelbaren insofern, als sie um so eher geeignete Kräfte bekommt, je günstiger die Bedingungen sind, die sie ihren Angestellten bietet. Allerdings kann sie unter Umständen auch daraus einen Vorteil haben, daß die Versicherungen unter Umständen zur Verhinderung der Invalidität und Berufsunfähigkeit Heilverfahren einleiten, ihr also die Arbeitskraft des Beamten erhalten bleibt.

Zuständige Kasse bei wechselndem Beschäftigungsort.

2. C. 100. Frage: Der Versicherte wohnt im Bezirk der Kasse A., arbeitet aber abwechselnd im Bezirke der Kassen A., B. und C. Der Arbeitgeber wohnt im Bezirke der Kasse D. Ist nun die Kasse des Wohnortes des Versicherten, wenn dieser in verschiedenen Kassenbezirken arbeitet, oder diejenige des Betriebssitzes des Arbeitgebers zur Versicherung zuständig?

Antwort: Maßgebend kann der Betriebssitz des Arbeitgebers sein, wie im Falle des § 154 RVO. Es gibt aber auch Fälle, in denen der Wohnort des Versicherten die Zuständigkeit bestimmt, z. B. bei Außenbeamten von Versicherungsgesellschaften. Es kommt eben auf die Umstände des Einzelfalles an, also auf die Art und Dauer der Tätigkeit, auf das Vorhandensein oder das Fehlen einer festen Arbeitsstätte usw. Die Entscheidung ist nach den §§ 153ff. RVO. zu treffen. Ihre Angaben genügen zur Beurteilung der Rechtslage nicht.

Maßgebender Zeitpunkt für die Höhe des Sterbegeldes im Falle des § 202 RVO.

3. Nach Berlin. Antwort: Der durch den Tod bedingte Versicherungsfall tritt mit dem Tode ein. Infolgedessen ist das Sterbegeld in der Höhe zu gewähren, die durch die zur Zeit des Todes geltende Fassung der Satzung festgesetzt ist. Das hat auch für den Fall des § 202 RVO. zu gelten, wenn zur Zeit der Krankenhilfe das Sterbegeld anders festgesetzt war als zur Zeit des Todes.

Erlöschen freiwilliger Kassenmitgliedschaft bei Wegfall einer Voraussetzung.

4. Nach Kaufbeuren. Frage: In der Zeitschrift „Die Krankenversicherung" Nr. 6 von 1916 schreibt Wirkl. Geh. Oberregierungsrat Hoffmann, daß sich Mitglieder, die bis zu ihrer militärischen Einberufung einer Krankenkasse als freiwilliges Mitglied angehört haben, nicht weiterversichern können. Es fragt sich nun, ob die Mitgliedschaft bei solchen Mitgliedern auch dann erlischt, wenn sie während der Kriegsdienstleistung die Beiträge anstandslos weiterbezahlen und hierdurch den Willen des Versichertbleibens bekunden. Unsere Ansicht geht dahin, daß ein freiwilliges Mitglied ebenso versichert bleiben kann, wie ein

bis zur militärischen Einberufung Pflichtversichertes, welches sich dann gemäß § 313 RVO. weiterversichert. Teilen Sie unsere Ansicht?

Antwort: Nein! Wie die Versicherungspflicht mit dem Wegfall ihrer Voraussetzungen erlischt, so muß gleiches auch für das Erlöschen der Versicherungsberechtigung gelten. Gehört also ein freiwillig Beigetretener nicht mehr zum Kreise der nach § 176 Beitrittsberechtigten, so muß seine Mitgliedschaft erlöschen. Ein Recht zur Weiterversicherung hat er nicht, da § 313 RVO. nur für bisherige Pflichtmitglieder gilt. Zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 zu § 314 und Arb.-Vers. 1914 S. 607 Ziff. 11.

Zahlung der Beiträge für unständig Beschäftigte nur bis zur Beendigung der Mitgliedschaft.

5. Nach Bünde. Frage: Die Mitgliedschaft eines „Unständigen" erlischt, wenn er Mitglied einer anderen Kasse geworden ist. Wenn diese Tatsache der Kasse nicht gemeldet wird, kann dann der Beitrag bis zur Meldung gefordert werden, weil die Kasse doch Leistungen (Arztpauschale) nach der Mitgliederzahl hat?

Antwort: Die Beiträge können nur bis zur Beendigung der Mitgliedschaft gefordert werden, auch wenn die Kasse von ihr erst später Kenntnis erhält. § 397 RVO. findet nur Anwendung bei der gemäß § 317 bestehenden Meldepflicht. Dieser Paragraph gilt aber nicht für die unständige Beschäftigung. Dem unständig Beschäftigten ist die Verpflichtung zur Abmeldung nicht auferlegt, auch nicht seinem Arbeitgeber, noch viel weniger dem Gemeindeverband, der die Arbeitgeberbeiträge zu zahlen hat. Gibt der Versicherte seine unständige Beschäftigung auf, so wird er in der Regel auch keinen Beitrag entrichten. Daher wird die Kasse gut tun, stets dann, wenn ein unständig Beschäftigter mit der Zahlung säumig ist, Ermittlungen über seine Versicherungspflicht anzustellen, und zu diesem Zweck kann sie ihn selbst gemäß § 445 RVO. laden.

Dauernder Verlust des Anspruchs auf Unfallrente.

6. Nach Aachen. Frage: Ein Eisendreher hatte durch Betriebsunfall den rechten Mittelfinger eingebüßt, wofür er 15 Jahre lang 10 Prozent Rente erhielt. Drei Jahre nach Einstellung der Rente verlor er durch Handgeschwür den linken Unterarm bis kurz vor den Ellenbogen. Der Mann ist dadurch Invalide. Kann ihm jetzt die Berufsgenossenschaft wieder die früher entzogene Rente gewähren?

Antwort: Ein Anspruch auf die frühere Unfallrente besteht nicht. Sie ist dem Manne offenbar deswegen entzogen worden, weil er sich im Laufe der Zeit an das Fehlen des rechten Mittelfingers so sehr gewöhnt hatte, daß seine Erwerbsunfähigkeit vollständig behoben wurde. Wenn er jetzt infolge einer andern Krankheit von neuem erwerbsunfähig geworden ist, so steht dies mit seinem früheren Unfall in keinem Zusammenhang.

Verweigerung einer Operation.

7. Nach Schrimm. Antwort: Der Versicherte braucht sich nur dann einer Operation zu unterziehen, wenn sie gefahrlos und nicht mit größeren Schmerzen verbunden ist, außerdem auch mit einiger Sicherheit Erfolg verspricht. Sind diese drei Voraussetzungen erfüllt, so kann eine Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit, die durch eine Operation sich beheben lassen würde, als vorsätzlich herbeigeführt gelten, wenn der Kranke sich weigert, sich operieren zu lassen, und die Kasse könnte dann das Krankengeld versagen, sofern die Satzung eine dem § 192 RVO. entsprechende Bestimmung enthielte. Aber auch in diesem Falle kann nur das Krankengeld, nicht auch die Krankenpflege versagt werden. Eine Operation, die in der Narkose vorgenommen wird, ist stets mit einer gewissen Gefahr verbunden, ihr braucht sich also der Versicherte nicht zu unterziehen. Die Frage, wieweit die Pflicht zur Duldung der Operation besteht, läßt sich also nach deren Art nur von Fall zu Fall entscheiden.

Kosten der Stillbescheinigung.

8. E. in S. Antwort: Die Kasse hat ihrerseits festzustellen, ob die Voraussetzungen für den Anspruch auf die Leistungen erfüllt sind. Verlangt sie für Gewährung des Stillgelds, den Nachweis, daß die Wöchnerin stillt, durch Beibringung eines Hebammenzeugnisses, so muß sie demnach auch dessen Kosten übernehmen.

Neuer Unterstützungsfall.

9. A. Kamenz. Antwort: Da die Versicherte vom 27. Februar bis 19. März 1916 weder arbeitsunfähig war, noch der Krankenpflege bedurfte, also im Sinne der Krankenversicherung nicht krank war, so begann mit der am 20. März eingetretenen abermaligen Erkrankung ein neuer Versicherungsfall, für den die Unterstützungsdauer nach § 183 RVO. von neuem zu berechnen ist und mit dem 20. März beginnt. Die vor dem 27. Februar liegende Krankheitszeit ist also nicht einzurechnen. Auch tritt eine Verkürzung der Unterstützungsdauer nach § 188 RVO. nicht ein, da nicht im vorhergegangenen Jahr wegen einer auf derselben Ursache beruhenden Krankheit Unterstützung für 26 Wochen gewährt worden ist.

Krankenversicherungspflicht schulpflichtiger Kinder.

10. Nach Templ'n. Antwort: Regelmäßig unterliegen auch Kinder der Krankenversicherungspflicht, wenn sie eine an sich versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 4 i zu § 168 RVO.). Doch bleiben nach der Bekanntmachung vom 17. November 1913 Ziff. II Dienstleistungen schulpflichtiger Kinder in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben versicherungsfrei, wenn sie im Laufe eines Kalenderjahres auf bestimmte Jahreszeiten und höchstens 8 Wochen oder zusammen auf höchstens 40 Tage nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegen oder im Voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt sind.

Massage und Heißluftbäder ärztliche Behandlung oder Heilmittel?

11. Nach Dresden. Antwort: Die vom Kassenarzt angeordnete Massage wird als ärztliche Behandlung anzusehen sein. Auf diesen Standpunkt steht offenbar auch die Reichsversicherungsordnung, die in § 122 die Hilfeleistungen der Masseure unter der ärztlichen Behandlung erwähnt. Die Kasse muß daher die Massage für

die Frau des Versicherten voll bezahlen, da die Satzung als Familienhilfe „freie ärztliche Behandlung" gewährt. (Vgl. auch Arb.-Vers. 1913 S. 96 Ziff. 18). Was dagegen die Heißluftbäder betrifft, so fällt bei ihnen neben der Behandlung auch das sächliche Mittel sehr ins Gewicht. Es ist hier also festzustellen, welcher Teil der Kosten auf die Behandlung selbst zu rechnen ist — ihn muß die Kasse voll übernehmen — und welcher Teil auf das Heilmittel zu rechnen ist, ihn braucht die Kasse satzungsgemäß nur zur Hälfte und höchstens bis zu 10 M. zu tragen.

Militärrente oder ganz geringe Erwerbsfähigkeit schließen Kriegswochenhilfe nicht aus.

12. **Nach Bünde.** Antwort: Nach § 1 Ziff. 1 Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 ist für den Anspruch auf Kriegswochenhilfe Voraussetzung, daß der Ehemann an der Weiterleistung der Kriegsdienste oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Verwundung oder Erkrankung verhindert ist. Bedürftigkeit ist nicht Voraussetzung, und daher wird der Anspruch nicht dadurch ausgeschlossen, daß der verwundete Ehemann eine Militärrente bezieht. Indessen der Anspruch besteht nicht, wenn der Ehemann fähig ist, eine Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen. Hierbei wird aber nur eine solche Tätigkeit in Betracht gezogen werden dürfen, die einen nennenswerten Erwerb gestattet. Ist der Verwundete infolge seines körperlichen Zustandes nur imstande, einige Tage im Monat eine Erwerbstätigkeit auszuüben, so käme diese unseres Erachtens nicht in Frage. Erlaubt es dagegen an sich sein Zustand, sie in einem solchen Umfange auszuüben, daß er dadurch einen wesentlichen Erwerb erzielen könnte, so kann die Kriegswochenhilfe nicht beansprucht werden, auch wenn er infolge Mangels an Arbeitsgelegenheit nichts erwirbt.

a) Unfall eines Obstpächters beim Verkaufe des Obstes. b) Pauschbetrag für den Vorsitzenden des Kassenvorstandes.

13. **O. K. K. Z.** Antwort: a) Der Obstpächter ist Unternehmer eines landwirtschaftlichen Betriebs (zu vgl. Entsch. des RVA. 2580 Amtl. Nachr. 1912 S. 906, Arb.-Vers. 1913 S. 847). Unter der Voraussetzung, daß er als solcher auf Grund des § 527 oder des § 529 RVO. bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft versichert ist, halten wir den ablehnenden Standpunkt dieser Genossenschaft für unbegründet. Denn auch diejenigen Handlungen, die auf den Verkauf der selbstgewonnenen landwirtschaftlichen Erzeugnisse gerichtet sind, sind noch als landwirtschaftliche Betriebstätigkeiten anzusehen (Entsch. des RVA. 1274 und 1728 Amtl. Nachr. 1893 S. 432 und 1898 S. 383). Ein besonderer landwirtschaftlicher „Nebenbetrieb" im Sinne des § 918 RVO. kommt hier nicht in Frage, sondern der Unfall hat sich im eigentlichen landwirtschaftlichen Betriebe ereignet.

b) Der für den Vorsitzenden gemäß § 21 Abs. 2 RVO. festgesetzte Pauschbetrag für Zeitverlust wird „statt" des Ersatzes für entgangenen Arbeitsverdienst gewährt. Der Vorsitzende kann daher nicht noch daneben Vergütung für einzelne Verrichtungen, wohl aber Erstattung seiner baren Auslagen fordern, wie dies § 21 Abs. 2 ausdrücklich vorsieht.

Unterstützungsdauer bei vorübergehender Nichtinanspruchnahme der Kasse.

14. **Nach Bünde.** Antwort: Solange Krankenpflege notwendig ist, besteht derselbe Versicherungsfall weiter, mag diese auch zeitweise tatsächlich von der Kasse nicht beansprucht werden. Infolgedessen begann in dem geschilderten Fall mit dem Eintritt erneuter Arbeitsunfähigkeit kein neuer Versicherungsfall, da inzwischen die ärztliche Behandlung notwendig geblieben war. Ihre Berechnung der Unterstützungsdauer ist somit richtig. (Vgl. auch Hahn, Handb. d. Kr.Vers. Anm. 2d zu § 183).

Unterstützungsdauer.

15. **Nach Waldkirch.** Antwort: Die Unterstützung hat aufzuhören, sobald sie für die durch § 183 RVO. festgesetzte Dauer gewährt worden ist, und sie darf für dieselbe ununterbrochen andauernde Krankheit überhaupt nicht mehr gewährt werden. Ein Anspruch auf sie entsteht erst mit dem Eintritt eines neuen Versicherungsfalls, das heißt: einer neuen Erkrankung. Hierbei ist zu beachten, daß ein neuer Versicherungsfall auch dann vorliegt, wenn die neue Erkrankung auf derselben Ursache, wie die erste, beruht. Nur muß dann in der Zwischenzeit infolge desselben Leidens weder Arbeitsunfähigkeit bestanden haben, noch Krankenpflege notwendig gewesen sein. Doch tritt in solchen Fällen eine Verkürzung der Unterstützungsdauer gemäß § 188 RVO. ein.

Nachprüfung der Strafbeiträge (§ 531 Abs. 2 RVO.) im Beschwerdeverfahren.

16. **Nach Breslau.** Antwort: Im Falle des § 531 Abs. 2 RVO. „kann" die Kasse nicht etwa nach Willkür, sondern nach pflichtmäßigem Ermessen unter Berücksichtigung der besonderen Umstände, namentlich des Maßes der Schuld, dem Bestraften noch die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge auferlegen. Daher ist auch im Beschwerdeverfahren nachzuprüfen, ob die Kasse von dem ihr zustehenden Ermessen sachgemäßen Gebrauch gemacht hat. Hiernach ist die vom Versicherungsamt verfügte Herabsetzung dieser Nebenstrafe jedenfalls nicht unzulässig. Eine andere Frage ist, ob die Herabsetzung nach den Umständen des Falles sachlich gerechtfertigt ist. Hält die Kasse sie nicht für gerechtfertigt, so kann sie weitere Beschwerde einlegen (§ 1797 RVO.).

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1137 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. Mai 1916 | Heft 15

Die erweiterte Krankenpflege.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Zu den Neuerungen, die die Reichsversicherungsordnung im Interesse einer erleichterten Durchführung der Krankenversicherung der Landwirtschaft vorgesehen hat, gehört auch die Einführung der erweiterten Krankenpflege durch Landkrankenkassen. Mit der Möglichkeit ihrer Einführung sollten die Bedenken zerstreut werden, die gegen eine allzuweitgehende Belastung der Landwirtschaft durch die Krankenversicherung erhoben werden könnten, und die Anpassung der Versicherung an die örtlichen Verhältnisse erleichtert werden. In dem allgemeinen Teile der Begründung zur Reichsversicherungsordnung wird dazu folgendes bemerkt:

„Ferner soll in Gegenden, in denen die Verhältnisse für die Krankenversicherung in ihrer Regelform besonders ungünstig liegen, eine erweiterte Krankenpflege zuzulassen, d. h. die Krankenhausbehandlung im allgemeinen auf alle Krankheitsfälle ausgedehnt werden, die mit Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. In letzterer Hinsicht sind insbesondere die Wahrnehmungen verwertet worden, die man in Württemberg bei der dort durch Landesgesetz eingeführten sogenannten Krankenpflegeversicherung gemacht hat."

Die Einführung der erweiterten Krankenpflege ist den Landkrankenkassen nur in den Bundesstatten oder Teilen von solchen gestattet, wo die oberste Verwaltungsbehörde allgemein die Zulässigkeit anordnet. Das ist in Preußen nicht geschehen. Offenbar und mit Recht ist es hier für ausreichend erachtet worden, die Zustimmung zu ihrer Einführung von Fall zu Fall nach Prüfung der örtlichen Verhältnisse zu erteilen. Wie oft alle obersten Verwaltungsbehörden die Einführung der erweiterten Krankenpflege gestattet haben, ist nicht bekannt und wird auch vorläufig ohne besondere Erhebungen nicht zu ermitteln sein, da bei der durch die Kriegsverhältnisse gebotenen Beschränkung der Statistik der Krankenkassen nähere Angaben fehlen. In Preußen haben nicht mehr als zwei Kreise in der Provinz Hannover die erweiterte Krankenpflege eingeführt, die sie inzwischen vielleicht schon wieder abgeschafft haben. Das ist ein deutlicher Beweis dafür, daß ein Bedürfnis für diese Neuerung der Reichsversicherungsordnung nicht besteht und daß das, was sich in Württemberg bei einer Krankenpflegeversicherung bewährt haben mag, bei der Krankenversicherung noch lange nicht am Platze ist. Es ist auch garnicht einzusehen, welchen sachlichen Nutzen die Einführung der erweiterten Krankenpflege mit sich bringen sollte. Ist eine Krankenkasse bereit, die Krankenhauspflege im weitesten Umfange eintreten zu lassen, so braucht sie sich zu dem Zwecke nicht durch die Satzung festzulegen. Der Versicherte darf bei dieser Haltung des Kassenvorstandes damit rechnen, daß er immer

die erforderliche Krankenhauspflege erhält. Der grundsätzliche Ausschluß des Krankengeldes bringt sogar die Gefahr mit sich, daß die Kranken das Maß ihrer Erkrankung zu verheimlichen suchen, um der nicht immer beliebten Unterbringung im Krankenhause zu entgehen. Auch die Kostspieligkeit der Krankenhauspflege wird die Kassen von ihrer obligatorischen Einführung zurückhalten, abgesehen davon, daß die Krankenhäuser in weiten Bezirken nicht ausreichen, um das Bedürfnis bei obligatorischer Krankenhauspflege befriedigen zu können. Aus allen diesen Gründen und im Interesse der Kürzung des ohnehin umfangreichen Gesetzes kann die Streichung der Vorschriften der §§ 426 ff. über die erweiterte Krankenpflege nur dringend befürwortet werden.

Als weitere Voraussetzung für die Einführung der erweiterten Krankenpflege verlangt das Gesetz, daß im Bezirke der Landkrankenkassen sonst die Leistungsfähigkeit der in der Landwirtschaft Beschäftigten oder ihrer Arbeitgeber beeinträchtigt werden würde und eine ausreichende Anzahl von Krankenhäusern und ähnlichen Heilanstalten die Durchführung der erweiterten Krankenpflege sichert. (§ 427 RVO.). Die Prüfung der Frage nach Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der Landwirtschaft bietet besondere Schwierigkeiten, da ein Vergleich der Ausgaben der Kasse mit erweiterter Krankenpflege und ohne eine solche nicht möglich ist. Es handelt sich lediglich um eine Schätzung auf vagen Grundlagen, die jeden Augenblick durch besondere Ereignisse über den Haufen geworfen werden kann. In erster Linie ist daran gedacht, durch die allgemeine Ueberweisung der Erkrankten in Krankenhäuser oder ähnliche Heilanstalten die Kosten für die weiten Reisen der Aerzte bei Krankenbesuchen zu ersparen. Dabei ist aber übersehen, daß neben der Landkrankenkasse überall auch eine allgemeine Ortskrankenkasse besteht, die sich auf solche Arztbesuche einrichten muß. Da in der Regel dieselben Aerzte für beide Krankenkassen tätig sind, so werden durch die Ausführung der Besuche auf gemeinsame Kosten beider Kassen die Kosten für die einzelne Kasse ohnehin erheblich herabgemindert. Auch diese Rücksicht auf die allgemeine Ortskrankenkasse wird die Landkrankenkasse veranlassen, die Gewährung der ärztlichen Hilfe nach gleichen Gesichtspunkten zu regeln. Zu den ähnlichen Heilanstalten werden einfachere Vorrichtungen zur Aufnahme und Heilung der Kranken gerechnet, also Anstalten, die den landespolizeilichen Anforderungen hinsichtlich des Baus und Betriebs der Krankenhäuser nicht oder nicht voll entsprechen. Namentlich kommen sogenannte Krankenstuben in Betracht, die nicht nur in Süddeutschland bestehen — s. Kom.Ber. z. RVO. 2 Teil S. 405 — sondern auch auf großen Gütern in Norddeutschland üblich sind und in der Regel unter Aufsicht einer Krankenschwester stehen. Auch an Unterkunftsräume in Armenhäusern wurde gedacht.

Die Einführung der erweiterten Krankenpflege bedarf weiter der Zustimmung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts (§ 428 RVO.), die nach freiem Ermessen aus Zweckmäßigkeitserwägungen erteilt werden kann; vgl. Kom.Ber. z. RVO. 2. Teil S. 108. Waren aber die in der Landwirtschaft Beschäftigten schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes der Versicherungspflicht unterworfen oder nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung schon nach den allgemeinen Regeln versichert, so ist zu der Satzungsbestimmung über die Einführung der erweiterten Krankenpflege die Zustimmung der obersten Verwaltungsbehörde erforderlich. Will der Vorsitzende des Oberversicherungsamts die Genehmigung versagen, so kann dies nur durch die Beschlußkammer geschehen, ihre Entscheidung ist endgültig. (§ 324 Abs. 3 RVO.).

Die erweiterte Krankenpflege besteht darin, daß statt der Krankenpflege und des Krankengeldes grundsätzlich Kur und Verpflegung in einem Krankenhause oder einer ähnlichen Heilanstalt als Regelleistung gewährt wird. Auch in den Fällen, wo Krankengeld nicht gewährt wird, tritt stets Krankenhauspflege ein, also während der Wartezeit für den Bezug von Krankengeld (§ 182 Nr. 2 RVO.)

oder wenn der Erkrankte nach einer auf Grund des § 192 RVO. erlassenen Satzungsbestimmung keinen Anspruch auf Krankengeld hat, weil er die Kasse durch eine strafbare Handlung, die mit Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedroht ist, geschädigt hat, oder weil er sich die Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung an einer Schlägerei oder an einem Raufhandel zugezogen hat; vgl. Sten.Ber. z. Nov. z. KVG. vom 10. April 1892 S. 2995, 2997, 3001. In Betracht kommt noch die Vorschrift des § 420 RVO., wonach für landwirtschaftlich Beschäftigte auf Antrag des Arbeitgebers der Anspruch auf Krankengeld wegfällt, wenn erweislich mindestens der Arbeitsvertrag auf ein Jahr abgeschlossen ist, der Versicherte entweder für das Jahr Sachleistungen im dreihundertfachen Betrage des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes oder für den Arbeitstag einen Entgelt im Werte dieses Krankengeldes bezieht und ein Rechtsanspruch auf diese Leistungen für die Geltungsdauer des Arbeitsvertrages besteht, sowie der Fortfall des Krankengeldes auf Grund einer Bestimmung der Satzung einer Landkrankenkasse, weil der landwirtschaftlich Beschäftigte eine Unfal' Invaliden- oder Altersrente mindestens im dreihundertfachen Betrage des satzungsmäßigen Krankengeldes erhält (§§ 423, 424 RVO.). Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden und deshalb kein Krankengeld erhalten (§ 424 RVO.), wird es in der Landwirtschaft selten geben.

Durch die Einführung der erweiterten Krankenpflege wird ein Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege eingeräumt. Das hat zur Folge, daß die Landkrankenkasse abweichend von der sonstigen Regel des Gesetzes — vgl. RVA. Entsch. v. 16. Nov. 1914 (Amtl. Nachr. S. 813) — zur Gewährung der Krankenhauspflege im Spruchverfahren verurteilt werden kann. Die Verpflichtung zur Gewährung der Kur und Verpflegung in einem Krankenhause oder in einer ähnlichen Heilanstalt besteht aber nicht, wenn dadurch nach ärztlichem Gutachten die Heilung nicht gefördert werden würde (§ 430 Abs. 1 RVO.). Kann der arbeitsunfähig Erkrankte ohne sein Verschulden nicht in ein Krankenhaus oder eine ähnliche Heilanstalt gebracht werden, z. B. weil kein Platz zur Verfügung steht, so muß die Landkrankenkasse die gewöhnliche Leistung an Krankenpflege und Krankengeld gewähren. Muß alsdann Krankengeld einem landwirtschaftlich Beschäftigten gezahlt werden, der sonst keinen oder nur einen beschränkten Anspruch darauf hat, weil ihm nach §§ 420, 421 RVO. ein Fortbezug von Geld- oder Sachleistungen von seinem Arbeitgeber zugesichert ist, so kann die Satzung bestimmen, daß das Krankengeld ganz oder teilweise nicht ausgezahlt, sondern auf die demnächst fälligen Beiträge für die Versicherten verrechnet wird (§ 430 RVO.). Wie die Verrechnung erfolgen kann, ob sie nur bei Beiträgen zulässig sein soll, die derselbe Arbeitgeber für den Versicherten zu leisten hat, oder ob sie dem Versicherten für seinen Anteil auch bei einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses zu gute kommen soll, bleibt der näheren Bestimmung durch die Satzung überlassen; Begr. z. RVO. S. 231. Da hiernach das Krankengeld nicht nur auf die den Versicherten entfallenden Beitragsteile, sondern auch zu Gunsten des Arbeitgebers auf die ganzen künftigen Beiträge verrechnet werden kann, so bezahlt der Versicherte mit seinem Krankengelde tatsächlich auch die Beitragsteile des Arbeitgebers. Soweit das Krankengeld beim Ausscheiden aus der Mitgliedschaft noch nicht durch Verrechnung mit Beiträgen aufgebraucht ist, kann der Versicherte es vollständig einbüßen.

Der landwirtschaftlich Beschäftigte ist schlechthin zur Annahme der Krankenhauspflege verpflichtet, seiner Zustimmung bedarf es in keinem Falle. Verweigert es die Annahme der Pflege in den Fällen, in denen nach § 184 RVO. die Zustimmung des Erkrankten nicht erforderlich ist, so verliert er alle Ansprüche an die Krankenkasse, solange die Weigerung dauert. Das Gleiche gilt, wenn er sich in einem solchen Falle eigenmächtig aus dem Krankenhause entfernt, für die Dauer der verweigerten Rückkehr. Die Zustimmung des Erkrankten ist nach § 184 RVO. erforder-

lich, wenn er einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushalts seiner Familie ist, es sei denn, daß die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege erfordert, die in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist, oder daß die Krankheit ansteckend ist, oder daß der Zustand oder das Verhalten des Erkrankten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert. Verweigert der Erkrankte bei solchen Voraussetzungen die Annahme der Krankenhauspflege, so erhält er, wenn die Satzung nicht anders bestimmt, nur Krankenpflege, und wenn er bisher von seinem Arbeitsverdienst Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, das halbe Krankengeld (§ 431 RVO.). Die Verpflichtung zur Zahlung des halben Krankengeldes ist von der Reichstagskommission aufgenommen, um die Familie unter der Weigerung des Kassenmitgliedes nicht leiden zu lassen. Vgl. Komm.Ber. z. RVO. 2. Teil S. 404 ff. Während im § 186 RVO. beim Hausgelde vom halben Betrage des Krankengeldes die Rede ist, heißt es „das halbe Krankengeld", das hat zur Folge, daß in den Fällen, in denen der Anspruch auf Krankengeld fehlt, auch dieses halbe Krankengeld nicht beansprucht werden kann. Dafür spricht auch die Erwägung, daß durch die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 (RGBl. S. 379) in § 7 des Gesetzes vom 15. Juni 1883 die Worte: „die Hälfte des im § 6 festgesetzten Krankengeldes" durch die Worte: „die Hälfte des im § 6 als Krankengeld festgesetzten Betrages" ersetzt worden sind, um zum Ausdrucke zu bringen, daß der zu zahlende Betrag nicht wie das Krankengeld für gewisse Fälle entzogen werden soll. Im übrigen besteht auch noch insofern eine Abweichung von dem Hausgeld in § 186 RVO., als dieses unmittelbar an die Angehörigen gezahlt werden darf. Das halbe Krankengeld darf daher nur dem Kassenmitglied selbst ausgezahlt werden. Ausschlaggebend für eine abweichende Behandlung ist aber die Tatsache, daß das halbe Krankengeld nicht an die Stelle des Hausgeldes tritt, sondern eine der erweiterten Krankenpflege eigentümliche Milderung der Folgen der für verweigerte Annahme der Krankenhauspflege für das Kassenmitglied mit Angehörigen ist; denn ob und in welcher Höhe neben Krankenhauspflege Hausgeld gezahlt wird, bestimmt die Satzung (§ 432 Abs. 1 RVO.).

Schreibt die Satzung erweiterte Krankenpflege vor, so kann für das Sterbegeld ein Höchstbetrag von 30 M. festgesetzt werden. Die erweiterte Krankenpflege kann auf Krankheitsfälle beschränkt werden, die während der Erwerbslosigkeit binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft eintreten. Die Beiträge für Versicherte, denen nur erweiterte Krankenpflege zusteht, müssen entsprechend ermäßigt werden (§ 432 Abs. 2—4 RVO.). Diese Ermäßigung der Beiträge kommt nur in Frage, wenn einzelne Gruppen der Kassenmitglieder Anspruch auf erweiterte Krankenpflege haben. Ist die erweiterte Krankenpflege nur für die Fälle der Erwerbslosigkeit nach dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft vorgesehen, so kann eine Ermäßigung der Beiträge nur durchgeführt werden, wenn sich diese Maßnahme auf Gruppen von Versicherten beschränkt. Ob sie aber dann notwendig ist, erscheint zweifelhaft, weil unter „Erkrankungen" im Sinne des Absatz 4 nicht alle Erkrankungen der betreffenden Gruppen der Versicherten zu verstehen sind.

Die erweiterte Krankenpflege kann nach § 435 RVO. auch für Dienstboten und nach § 487 RVO. auch für Hausgewerbtreibende und die von ihnen hausgewerblich Versicherungspflichtigen durch Satzung einer Krankenkasse eingeführt werden. Bei der Einführung für Dienstboten genügt in allen Fällen die Zustimmung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts; auch wird nicht verlangt, daß die Einführung zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Dienstboten oder ihrer Dienstherrschaften (§ 427 Nr. 1 RVO.) vorgenommen wird. Auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Dienstboten ist von der Unterbringung in einem Krankenhause oder einer ähnlichen Heilanstalt abzusehen, wenn sie nach ärztlichem Gutachten nicht notwendig ist (§ 435 RVO.).

Bei Dienstboten kommt noch die Gewährung der erweiterten Krankenpflege auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Dienstboten in Betracht: Die Kasse muß sie gewähren, wenn die Krankheit ansteckend ist, oder wenn der Dienstbote nach ihrer Art in der häuslichen Gemeinschaft nicht oder nur unter erheblicher Belästigung des Dienstberechtigten behandelt oder verpflegt werden kann. (§ 437 RVO.). Die Regelung durch die Satzung, die übrigens auch nur bei Landkrankenkassen möglich sein würde, ist also hier nicht Voraussetzung für die Gewährung. Bei Streit zwischen dem Dienstberechtigten und der Kasse über die Verpflichtung zur Gewährung der erweiterten Krankenpflege an einen Dienstboten entscheidet endgültig der Vorsitzende des Versicherungsamts (§ 438 Abs. 1 RVO.). Sofern der Streit hierüber zwischen der Kasse und dem Dienstboten entsteht, greift im Hinblick auf die Fassung des § 438 Abs. 1 RVO. das Spruchverfahren wegen Gewährung von Leistungen aus der Krankenversicherung nach §§ 1636 ff. RVO. wieder Platz. Der Vorsitzende des Versicherungsamts kann die Kasse von der Gewährung der erweiterten Krankenpflege auf ihren Antrag entbinden, wenn sich diese ohne Verschulden der Kasse nicht durchführen läßt. (§ 438 Abs. 2 RVO.). Also auch hier ist der Rechtsanspruch auf die Krankenhauspflege einer Beschränkung unterworfen. Nach der Fassung des § 437 RVO. besteht die Verpflichtung zur Gewährung der erweiterten Krankenpflege für alle Kassen schlechthin nur dann, wenn der Dienstbote in die häusliche Gemeinschaft des Dienstberechtigten aufgenommen ist. Da die Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft ein wesentliches Merkmal für den Begriff des Dienstboten ist, so hat die Bedeutung dieser Worte zu Zweifeln Anlaß gegeben. Das Reichsversicherungsamt — Entsch. vom 19. Sep. 1914 (Amtl. Nachr. S. 770) — hat die Worte dahin ausgelegt, daß die Wohnung oder der Schlafraum des Dienstboten nicht unbedingt zum Hause oder zur Wohnung des Dienstherrn gehören müsse, sodaß auch sogenannte Tagesmädchen zu den Dienstboten gehörten. Im übrigen könne aus den Worten nicht gefolgert werden, daß die Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft der Herrschaft zum Begriffe des Dienstboten nicht erforderlich sei, vielmehr richte sich der Begriff nach landesrechtlichen Vorschriften. Bei dieser Auslegung handelt es sich schließlich nur um den Versuch, den überflüssigen und irreführenden Worten eine annehmbare Bedeutung zu geben.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Verwendung von Kassenmitteln für den Besuch von Versammlungen.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe v. 8. März 1916 (HMBl. S. 126).

Dem Gesuche, auf Grund des § 363 Abs. 2 RVO. zu gestatten, daß zum Besuche der Versammlungen der Vereinigung der Krankenkassenführer von N. und Umgegend durch die Geschäftsleiter der Krankenkassen Kassenmittel verwendet werden, kann nicht entsprochen werden, da nach meiner von dem Herrn Reichskanzler geteilten Auffassung der § 363 Abs. 2 a. a. O. auf Fälle der vorliegenden Art nicht Anwendung findet.

Kassenzugehörigkeit der Werkstattarbeiter von Hausgewerbtreibenden.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 4. Dezbr. 1915 (2161 Amtl. Nachr. 1916 S. 373).

Zu der in Rechtsprechung und Literatur bestrittenen Frage, ob die Werkstattarbeiter eines Hausgewerbtreibenden als gewerbliche Arbeiter bei der zuständigen Ortskrankenkasse oder als hausgewerblich Beschäftigte grundsätzlich bei der Landkrankenkasse zu versichern sind, hat das Reichsversicherungsamt bisher noch nicht Stellung genommen. Im vorliegenden Falle erübrigt sich ein Eingehen hierauf. Auch wenn man von der Annahme ausgeht, daß der fragliche Betrieb ein hausgewerblicher ist und die darin beschäftigten Werk-

stattarbeiterinnen an sich als hausgewerblich beschäftigt nach § 466 Abs. 2 RVO. anzusehen sind, so ist doch für den hier allein streitigen Zeitraum vom 12. Juni 1915 ab die allgemeine Ortskrankenkasse D. für die Versicherung dieser Arbeiterinnen zuständig. Denn die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die hausgewerbliche Krankenversicherung sind durch § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 außer Kraft gesetzt worden. Die bis dahin als hausgewerblich Beschäftigte auf Grund dieser Sondervorschriften versichert gewesenen Personen sind damit aber nicht etwa aus der Versicherung herausgefallen. Sie bleiben auf Grund des § 165 Abs. 1 Nr. 1 RVO., der durch das Inkrafttreten des Notgesetzes nicht berührt worden ist, regelmäßig auch weiterhin versicherungspflichtig. Nur Inhalt und Umfang ihrer Versicherung haben sich geändert. Unter anderem gilt § 466 Abs. 2 nicht mehr, wonach die hausgewerblich Beschäftigten bisher bei der Landkrankenkasse versichert waren. Diese Rechtsauffassung wird im übrigen auch durch die Begründung des Notgesetzes bestätigt. Sie bemerkt (S. 4) ausdrücklich, daß in Werkstätten beschäftigte Arbeiter, auch wenn ihr Arbeitgeber ein Hausgewerbtreibender ist, als gewerbliche Arbeiter versicherungspflichtig sind.

Trunksucht als Krankheit; Anspruch der Landesversicherungsanstalt wegen Heilverfahrens in einer Trinkerheilstätte.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1915 (2140 Amtl. Nachr. 1916 S. 341).

Die grundsätzliche Frage, ob Trunksucht (chronischer Alkoholismus) eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes und der Reichsversicherungsordnung darstellt, ist, soweit ersichtlich, für das Gebiet der Reichsversicherung bisher nicht entschieden worden. In der Literatur hat sich **Hahn** in seinem Handbuch der Krankenvers. Anm. 3b zu § 310 RVO. dahin geäußert, daß „auch Trunksucht, in der Erscheinungsform des chronischen Alkoholismus, einne Krankheit im Sinne des § 310 sein kann.“ Dasselbe ist von der Schriftleitung der Zeitschrift „Die Arbeiter-Versorgung“ (1909 S. 205 und 1914 S. 720) als Antwort auf eine verlangte Auskunft mitgeteilt. In wesentlicher Uebereinstimmung mit dieser Auffassung ist chronischer Alkoholismus von erheblichem Grade als Krankheit im Sinne der Versicherungsgesetze anzusehen. Krankheit in diesem Sinne ist ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand, dessen Eintritt entweder lediglich die Notwendigkeit der Heilbehandlung des Menschen oder zugleich oder sogar ausschließlich seine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (zu vgl. **Hahn** a. a. O. Anm. 1a zu § 182). Bei Anwendung dieser Begriffsbestimmung auf die Trunksucht ist davon auszugehen, daß Trunksucht in vorgeschrittenem Grade auch eine pathologische Erscheinung ist, die sich in Ansehung des körperlichen Zustandes durch eine krankhafte Veränderung innerer Organe (Herz, Leber, Nieren, Magen) und durch eine Schwächung des Nervensystems sowie hinsichtlich des geistigen Zustandes durch eine krankhafte Willensschwäche gegenüber der Neigung zum Alkoholgenuß, durch eine krankhafte Reizbarkeit und sonstige Erscheinung der Nervenschwäche kennzeichnet. Anderseits handelt es sich nicht immer um ein unheilbares Leiden, die Krankheit ist vielmehr häufig einer Behandlung durch geeignete Mittel, insbesondere durch die Aufnahme in einer Trinkerheilstätte zugänglich. Die Trunksucht in vorgeschrittenem Grade stellt danach eine Krankheit im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 1 KVG., § 182 Nr. 1 RVO. dar. Diese Ansicht entspricht auch der Rechtsprechung des Bundesamts für das Heimatwesen, wonach Trunksucht als Krankheit anzusehen ist (zu vgl. Entsch. des Bundesamts (47 S. 37).

Bei Anwendung dieser Grundsätze auf den vorliegenden Fall ergibt sich, daß B. gegen die Beklagte einen Anspruch auf Krankenhilfe erworben hat. Daß bei ihm ein Fall starker Trunksucht vorlag, der ihn erwerbsunfähig machte, geht aus den ärztlichen Gutachten hervor. Seine erste ärztliche Untersuchung hat am 12. August 1912 durch Dr. W. stattgefunden und die oben wiedergegebenen krankhaften Veränderungen seiner Organe ergeben. Es unterliegt auch keinem Zweifel, daß der damals festgestellte krankhafte — mehr chronische als akute — Zustand schon einige Tage vorher bestand, als B. infolge seiner Entlassung die versicherungspflichtige Tätigkeit aufgab. Unerheblich ist es, daß eine von ihm verübte Unterschlagung seine Entlassung herbeigeführt hat. Von Bedeutung ist vielmehr nur, daß er damals erwerbsunfähig war. Dies ist nach dem Inhalt der ärztlichen Gutachten anzunehmen, da B. durch die Trunksucht geistig und körperlich so zerüttet war, daß er seinen bisherigen Beruf nicht mehr ordnungsmäßig ausüben konnte. Die Arbeitsunfähigkeit hat auch während des Aufenthalts in Neu G. und in der Heilstätte W. bestanden, da der Aufenthalt in diesen Anstalten zur Heilung der Trunksucht erforderlich war und B. demnach, solange der Aufenthalt dauerte, seinem Berufe nicht nachgehen konnte. Die Annahme des Oberversicherungsamts, B. sei während des Aufenthalts in W. nicht arbeitsunfähig gewesen, ist hiernach rechtsirrtümlich.

Die zweite, von der Beklagten auch bestrittene Voraussetzung des Klageanspruchs, daß die Unterbringung des B. in einer Trinkerheilstätte als ein Heilverfahren im Sinne des § 1518 RVO. anzusehen, daß also die Trinkerheilstätte einem Krankenhause gleich zu erachten sei, ist ebenfalls erfüllt.

Wird die Trunksucht als Krankheit angesehen, so ist folgerichtig eine der Heilung dieser Krankheit gewidmete Anstalt einem Krankenhause gleichzuachten. Die Trinkerheilstätte unterscheidet sich vom Krankenhause durch ihren besonderen Zweck, aber nicht weiter, als etwa die Lungenheilstätte. Sie wird ebenso wie die Lungenheilstätte dadurch gekennzeichnet, daß sie für die Heilung eines besonderen, und zwar mehr chronischen als akuten Leidens, ausschließlich bestimmt ist, und die Natur des Leidens bringt es ebenso wie häufig die Lungenkrankheit mit sich, daß keine Bettlägerigkeit eintritt, sondern daß die Kranken innerhalb der Anstalt Bewegungsfreiheit haben, weil eine geeignete Beschäftigung zum Heilverfahren gehört. Alle diese Unterschiede stehen aber dem Begriffe des Krankenhauses im Sinne des § 1518 Abs. 1 nicht entgegen, für den nur der Umstand wesentlich ist, daß die Anstalt der Heilung eines Krankheitszustandes dient. Die Trinkerheilstätte ist aber dazu eingerichtet, die krankhafte Neigung zum Alkoholgenuß, die mit einer Entartung des Nervensystems untrennbar verbunden ist, durch geeignete Mittel (Diät, Beschäftigung und psychische Einwirkung) zur Heilung zu bringen. Daß eine zu enge Auslegung des Begriffs des Krankenhauses der Absicht des Gesetzgebers nicht entspricht, geht auch daraus hervor, daß im § 1518 Abs. 1 sogar „die Anstalten für Genesende" den Krankenhäusern gleichgestellt sind (zu vgl. auch Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2c zu § 184 sowie Entsch. des Bundesamts für das Heimatwesen 47 S. 37).

Hiernach war unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung der Erstattungsanspruch der Klägerin als begründet anzuerkennen.

Röntgenbestrahlung als ärztliche Behandlung.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Minden** vom 15. April 1916.

Nach § 122 RVO. umfaßt die ärztliche Behandlung auch Hilfeleistungen anderer Personen, wie Bader, Hebammen, Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter, Masseure und dergleichen dann, wenn der Arzt sie anordnet (vgl. grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts — abgedruckt in den „Mitteilungen des Allgemeinen Verbandes Deutsch. Landkrankenkassen" Nr. 6 S. 47).*)

Im vorliegenden Falle sind die Röntgenbestrahlungen unbestritten vom Arzt angeordnet zwecks Beseitigung einer großen Geschwulst im Leibe; auch wurde nach der von Dr. S. geschriebenen Mitteilung des Krankenhauses das zu bestrahlende Feld vom behandelnden Arzte bestimmt. Die Kasse ist deshalb mit Recht aus den in der Vorentscheidung angegebenen Gründen zur Bezahlung der durch die Bestrahlungen entstandenen Kosten verurteilt worden.

Anspruch auf Kriegswochenhilfe besteht nur, wenn die Voraussetzung während der Wochenzeit erfüllt ist. — Wegfall bei vorläufiger Entlassung der Kriegsteilnehmer.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 22. Novbr. 1915 (2145 Amtl. Nachr. 1916 S. 348).

Nach § 1 Nr. 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. Wochenhilfe während des Krieges vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) wird Wöchnerinnen während der Dauer des gegenwärtigen Krieges aus Mitteln des Reichs eine Wochenhilfe unter der Voraussetzung, daß die sonstigen Erfordernisse erfüllt sind, dann gewährt, „wenn ihre Ehemänner in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert sind". Aus dem ersten Satzteil „wenn ihre Ehemänner in diesem Kriege .... leisten" könnte gefolgert werden, ein Anspruch auf Wochenhilfe soll schon dann bestehen, wenn der Ehemann der Wöchnerin überhaupt im Laufe des Krieges, also auch vor der Niederkunft oder nach der Wochenzeit Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet hat. Aus den folgenden Worten geht aber hervor, daß jedenfalls dann keine Wochenhilfe zu gewähren ist, wenn der Ehemann zwar vor der Niederkunft Kriegsdienste geleistet, dann aber eine Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen hat oder doch wenigstens an der Weiterleistung der Kriegsdienste oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert worden ist. Der Anspruch auf Wochenhilfe hängt also davon ab, daß eine der Voraussetzungen des § 1 Nr. 1 a. a. O. während der Wochenzeit erfüllt ist (ebenso Krause, Kriegswochenhilfe I Anm. 8 zu § 1 der Bek. v. 3. Dezember 1914). Das ergibt sich auch aus § 10 der Bek. des Reichskanzlers über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49), der den § 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nur erläutert und deshalb rückwirkend vom 3. Dezember 1914 ab in Kraft gesetzt worden ist (§ 11 a. a. O.). Denn dort ist bestimmt, daß Wöchnerinnen der in § 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 bezeichneten Art, die vor dem Eintritt ihrer Ehemänner in die Kriegs-, Sanitäts- und ähnliche Dienste entbunden worden sind, vom Tage dieses Eintritts ab Wochengeld und Stillgeld erhalten sollen, jedoch abzüglich der

*) Gemeint ist die Entsch. 2069, Amtl. Nachr. 1915 S. 633, Arb.Vers. 1915 S. 712. Zu vgl. auch hinsichtlich der Röntgenbestrahlung: Arb.-Vers. 1916 Heft 12 Ziff. 12.

zwischen dem Tage der Niederkunft und dem Tage des Eintritts liegenden Zeit. Demgemäß hat auch das Versicherungsamt der Klägerin für die Zeit von dem Wiedereinrücken ihres Ehemanns ab das Stillgeld bis zur Beendigung des Stillens zugebilligt. Ob ihr für die vorhergehende Zeit bereits von der Niederkunft ab ein Anspruch auf Wochenhilfe zusteht, hängt nach dem Dargelegten davon ab, ob ihr Ehemann auch während dieser Zeit „Kriegsdienste geleistet" hat, ob also die Zeit der vorläufigen Entlassung als Kriegsdienst gelten kann. Diese Frage war zu verneinen. Der Ehemann der Klägerin war nicht beurlaubt, sondern als nur garnisondienstfähig vorläufig entlassen, wenn auch nicht feststand, ob die Entlassung eine längere sein werde. Tatsächlich ist er erst nach etwa 3½ Monaten wieder einberufen worden. Die Klägerin hat auch nicht bestritten, daß er während dieses Zeitraums seinem Berufe hat nachgehen können. Sie hat nur geltend gemacht, er sei dadurch in seiner Erwerbstätigkeit behindert gewesen, daß er der Wiedereinziehung jederzeit gewärtig sein mußte. Auch die Ortsbehörde hat bestätigt, er habe sich mehr auf Flickarbeiten beschränken müssen, da er größere Aufträge nicht habe annehmen können. Anderseits hat die Ortsbehörde bekundet, die übrigen Schreiner des Ortes hätten in ihrem Erwerb ebenfalls unter dem Kriege zu leiden. Die Einschränkung der Erwerbsmöglichkeit wird daher, wie schon das Versicherungsamt in seiner Entscheidung betont hat, ihre Ursache mehr in der durch den Krieg hervorgerufenen ungünstigen allgemeinen Geschäftslage finden als in der durch die Aussicht auf Wiedereinziehung geschaffenen Unsicherheit. Nach der Auskunft der Ortsbehörde hat sich der Ehemann der Klägerin in jener Zeit übrigens auch in seiner eigenen Landwirtschaft betätigt, soweit damals Arbeiten zu verrichten waren. Wenn er hiernach an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit — unter gewissen selbstverständlichen Einschränkungen — nicht verhindert und von der Militärbehörde vorläufig entlassen war, kann nicht davon die Rede sein, daß er während der verhältnismäßig langen Unterbrechung „Kriegsdienste geleistet" habe. In einem solchen Falle entfällt auch der Hauptgrund für die Gewährung einer Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs, nämlich daß der Ehemann durch den Kriegsdienst verhindert ist seiner Familie selbst beizustehen. Es kommt hier, wie bei Auslegung des Begriffs „Rückkehr in die Heimat" in § 3 des Gesetzes über Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung vom 4. August 1914, nicht darauf an, ob die Entlassung aus dem Militärverhältnis endgültig war, sondern ob der Kriegsteilnehmer in die Lage versetzt war, sein bürgerliches Leben wieder aufzunehmen (zu vgl. Entsch. 2105, Amtl. Nachr. 1915 S. 736).

Kriegswochenhilfe, wenn das Kind im Ehebruch erzeugt ist.

Entscheidung des **Knappschafts-Schiedsgerichts in Breslau** vom 31. März 1916 (61 O. K. 16. 4.)

Der Ehemann der Frau St. war seit dem 1. Januar 1914 bis zur Einberufung zum Kriegsdienst am 4. August 1914 Krankenkassenmitglied des Knappschaftsvereins. Am 5. November 1915 wurde Frau St. von einem Knaben entbunden, der nach ihrem eigenen Geständnis von einem anderen unter Ehebruch erzeugt ist. Durch Bescheid vom 16. November 1915 teilte die Knappschaftsverwaltung der Frau St. mit, daß ihr gemäß § 3 der Bundesratsverordnung vom 3. Dezember 1914 die näher bezeichneten Leistungen der Kriegswochenhilfe zustehen. Erst am 30. Nov. 1915 erfuhr die Knappschaftsverwaltung, daß das Kind im Ehebruch erzeugt worden sei. Auf Veranlassung des für die Anweisung der Kriegswochenhilfe zuständigen Vorsitzenden des Königlichen Versicherungsamts lehnte darauf die Knappschaftsverwaltung durch Bescheid die Weitergewährung der Kriegswochenhilfe ab. Frau St. rief das Versicherungsamt an, dessen Vorsitzender durch Vorentscheidung den Knappschaftsverein zur Weiterleistung verurteilte. Die vom Knappschaftsverein hiergegen eingelegte Berufung wurde vom Knappschaftsschiedsgericht zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

... Frau St. hat zwar erklärt, daß das Kind nicht von ihrem Ehemanne, sondern von dem Milchhändler U. erzeugt sei. Mangels einer ausdrücklichen Bestimmung der Bundesratsverordnung darüber, daß für die im Ehebruch erzeugten Kinder die Kriegswochenhilfe nicht zu zahlen sei, muß aber die volle Kriegswochenhilfe gewährt werden. Wie in der angefochtenen Vorentscheidung mit Recht ausgeführt ist, soll die Kriegswochenhilfe der niedergekommenen Ehefrau einen Teil des Unterhalts und der mit der Niederkunft verbundenen Kosten sichern, die sonst dem Ehemann zur Last fallen. Der Ehemann hat aber seiner Ehefrau auch im Falle einer unehelichen, durch Ehebruch veranlaßten Niederkunft eine angemessene Wochenunterstützung zu gewähren. Deshalb kann auch den Wöchnerinnen, die Ehebruch begangen haben, die Kriegswochenhilfe nicht versagt werden, weil sie den Ehemann von der ihm obliegenden Unterstützungspflicht entlasten soll. Auch der Wirkliche Geheime Oberregierungsrat und vortragende Rat im Handelsministerium Dr. F. Hoffmann hat in seinen Erläuterungen zu den Kriegsgesetzen für die Krankenversicherung (Berlin, Carl Heymann's Verlag 1915, Nachtrag zu 43) in der Anm. 3 zu § 1 der Bundesratsverordnung vom 3. Dezember 1914 (Seite 27) ausgeführt: „Daß die Wöchnerin von ihrem Ehemann geschwängert worden ist, wird nicht verlangt; Anspruch auf Kriegswochenhilfe haben deshalb auch Ehefrauen der Kriegsteilnehmer, wenn sie vor Eingehung der Ehe oder vor Ausbruch des Krieges von einem anderen Manne geschwängert waren

oder während des Krieges von einem anderen Manne geschwängert wurden".

Dazu kommt, daß nach § 1593 BGB. die Unehelichkeit eines Kindes, das während der Ehe geboren ist, nur geltend gemacht werden kann, wenn der Mann die Ehelichkeit angefochten hat, oder, ohne daß Anfechtungsrecht verloren zu haben, gestorben ist. Dieser Grundsatz gilt auch dann, wenn ein nach der Eingehung der Ehe geborenes und während der Ehe empfangenes Kind nach § 1591 Abs. 1 BGB. nicht ehelich ist, weil es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, daß die Frau das Kind von dem Manne empfangen hat. Daß aber der Ehemann der Berufungsbeklagten die Ehelichkeit des am 5. November 1915 geborenen Kindes angefochten habe, ist bisher nicht bekannt geworden. Solange jedoch die Anfechtungsklage nicht erhoben und der Rechtsstreit nicht erledigt ist, kann nach § 1596 Abs. 3 BGB. die Unehelichkeit des Kindes nicht anderweit geltend gemacht werden.

Anmerkung: Die Entscheidung entspricht den Ausführungen in Arb.-Vers. 1915 S. 212 und S. 715.

Sonntag als Arbeitstag.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 9. Oktbr. 1915 (2162 Amtl. Nachr. 1916 S. 374).

Unter Arbeitstag verstand das Krankenversicherungsgesetz einen solchen Tag, an dem der Versicherte nach der allgemeinen Ordnung des Gewerbes, des Betriebs oder der Art seiner Beschäftigung zu arbeiten hat (Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsger. v. 10. März 1910, 56 S. 391; Entsch. des Königl. Bayer. Verwaltungsgerichtshofs v. 7. Oktober 1901, Reger 21 S. 409; Reger-Henle, Krankenversicherungsgesetz Anm. 11 zu § 6; Hahn, Krankenversicherungsgesetz Anm. 3a zu § 6; Arb.-Vers. 1908 S. 361 ff.; Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz Anm. 9 zu § 6; abweichend Entsch. d. Großherzogl. Bad. Verw.Ger.Hofs v. 7. Mai 1901, Reger, 22 S. 62). Die Reichsversicherungsordnung weicht in dieser Hinsicht vom bisherigen Rechte nicht ab.*) Das ergibt sich schon aus § 384 Abs. 3, der ausdrücklich davon spricht, daß auch Sonn- und Feiertage Arbeitstage sein können (zu vgl. auch Hoffmann, Anm. 10 zu § 182 RVO.; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 7b ebenda). Fraglich erscheint dagegen, inwieweit für den Begriff des Arbeitstags die Dauer der Arbeit wesentlich ist. Das Versicherungsamt geht vorliegend davon aus, daß in Hinblick auf die verhältnismäßig kurze Dauer der Sonntagsarbeit der Sonntag für die von der Beschwerdeführerin beschäftigten Verkäuferinnen als Arbeitstag nicht angesehen werden könne. Dieser Auffassung hat der Senat nicht beigepflichtet. Es kann dahingestellt bleiben, ob jede auch nur ganz kurze Tätigkeit am Sonntag ihn zum Arbeitstage macht. Denn um eine ganz kurze Tätigkeit handelt es sich hier nicht. Es kommt hier eine Beschäftigung von regelmäßig 2 bis 2½ Stunden in Betracht, zu der noch der Weg zur Arbeitsstätte und der Rückweg von dieser hinzukommen. Eine Tätigkeit von solcher Dauer, dazu noch an Sonntagen ausgeübt, stellt eine so wesentliche Inanspruchnahme des Beschäftigten dar, daß durch sie der Begriff des Arbeitstags erfüllt wird. Insbesondere ist auch der Umstand, daß die Arbeit an den Werktagen erheblich länger dauert, kein Grund, dem Arbeiter, der auch Sonntags tätig ist, die aus der Krankenversicherung fließenden Rechte, insbesondere den Bezug des Krankengeldes, für diesen Tag zu versagen, um so weniger, als die soziale Gesetzgebung grundsätzlich auf tunlichste Einschränkung der Sonntagsarbeit gerichtet ist (zu vgl. Entsch. des Amts- und Landgerichts Königsberg v. 20. Oktober 1904 und 23. Januar 1905, Arb.-Vers. 1905 S. 205). Demnach ist auch bei der Berechnung des Grundlohns der Monatslohn nicht nur durch 25, sondern durch 30 zu teilen (zu vgl. Entsch. 1787, Amtl. Nachr. 1913 S. 827). Es war daher die Entscheidung des Versicherungsamts aufzuheben und dem Antrag der Beschwerdeführerin entsprechend zu erkennen.

*) Zu vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts hier im Heft 6 S. 135.

Anspruch eines Weiterversicherten auf Grund des § 214 RVO.

Die Ehefrau des Tischlers L. hat Antrag auf Gewährung des Krankengeldes nach der fünften Grundlohnstufe für ihren Ehemann gestellt, weil derselbe sich seit dem 1. Dezember 1915 wegen Augenkörnerkrankheit im Reservelazarett in Cleve befinde und er vor seinem erwerbslosen Ausscheiden aus der Kasse am 23. November 1915 der fünften Stufe angehört habe.

Die Kasse bewilligte das Krankengeld nur nach der ersten Grundlohnstufe, weil L. sich in dieser Stufe weiterversichert hatte.

Das Versicherungsamt verurteilte die Kasse zur Zahlung des höheren Krankengeldes, da die Voraussetzungen des § 214 RVO. erfüllt seien und dem Kläger daraus, daß er sich fürsorglich freiwillig weiter versichert habe, ein Rechtsnachteil nicht erwachsen dürfe.

Die Berufung der Kasse wurde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Das Oberversicherungsamt ist nach Prüfung der Sach- und Rechtslage zu demselben Ergebnis gelangt wie das Versicherungsamt. Kläger ist, wie die Verhandlungen ergeben, innerhalb der ersten drei Wochen nach seinem erwerbslosen Ausscheiden aus der Kasse im Inlande erkrankt. Demgemäß hatte er, da auch die sonstigen Voraussetzungen des § 214 RVO. unstreitig erfüllt sind, Anspruch

auf die Regelleistung der Kasse entsprechend der dem früheren Versicherungsverhältnis zu Grunde liegenden fünften Lohnstufe. Die Wirkung der im Laufe der ersten Wochen nach dem erwerbslosen Ausscheiden aus der Kasse fürsorglich eingegangenen freiwilligen Weiterversicherung hätte nach Ansicht des Oberversicherungsamts erst dann eintreten können, wenn der Versicherungsfall nach Ablauf der dreiwöchigen Frist des § 214 eingetreten wäre.

Anmerkung: Wir halten die Entscheidung für verfehlt. Es ist nicht richtig, daß die Voraussetzungen des § 214 RVO. erfüllt seien. Die allererste Voraussetzung dieser Vorschrift, daß der Versicherte aus der Kasse ausscheidet, trifft nicht zu, wenn er sich nach § 313 weiterversichert. In diesem Falle sind in allen nach der Weiterversicherung eintretenden Fällen seine Rechte auf der Grundlage der Weiterversicherung und nicht nach § 214, der nur für die aus der Versicherung Ausgeschiedenen gilt, zu beurteilen. Das muß er sich, als Rechtsfolge seiner eigenen Entschließung, zu seinen Ungunsten gefallen lassen, wie es unter Umständen auch zu seinen Gunsten insofern gilt, als er nicht nur die Regelleistungen gemäß § 214, sondern auch die etwa in der Satzung vorgesehenen Mehrleistungen beanspruchen kann.

Zusammenwirken beider Kassenorgane bei Grundstücksgeschäften; Vertretung des Ausschusses.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 9. Oktbr. 1915 (2163 Amtl. Nachr. 1916 S. 375).

Die Satzung der Allgemeinen Ortskrankenkasse in S. bestimmt in § 102 Abs. 2 folgendes: „Bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken wird die Kasse durch den Vorstand und den Ausschuß vertreten. Zu diesem Zwecke bestimmt der Ausschuß seinen Vorsitzenden oder wählt aus seiner Mitte Vertreter besonders". Hierzu hat der Ausschuß der Kasse in der Sitzung vom 2. Dezember 1914 folgenden Nachtrag beschlossen: „Der Vorstand hat jedoch die Pflicht, einen Beschluß des Ausschusses einzuholen, wenn die Beschlußfassung des Vorstandes nicht einstimmig gewesen ist."

Zur Begründung des Nachtrags führt die Kasse an: § 102 Abs. 2 der Satzung, der dem § 346 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung entspreche, regele lediglich die Vertretung der Kasse nach außen, insbesondere vor dem Grundbuchrichter, eine Mitwirkung des Ausschusses als solchen bei dem Abschluß von Grundstücksgeschäften sei nicht erforderlich. Hierüber zu beschließen, sei vielmehr Sache des Vorstandes. Der frühere Vorstand habe nun die Mittel der Kasse mehrfach nicht ordnungsmäßig angelegt, insbesondere Hypotheken vergeben, deren Sicherheit zweifelhaft gewesen sei. Derartigen Vorkommnissen solle durch den oben wiedergegebenen Nachtrag vorgebeugt werden.

Das Oberversicherungsamt hat diesem Nachtrag durch Entscheidung der Beschlußkammer vom 30. April 1915 die Genehmigung versagt, weil er der Vorschrift des § 346 Abs. 1 RVO. zuwiderlaufe. Danach habe der Ausschuß über Grundstücksgeschäfte aller Art in jedem Falle neben dem Vorstand zu beschließen. Die Bestimmung des Nachtrags, daß der Vorstand einen Beschluß des Ausschusses nur dann einzuholen habe, wenn die Beschlußfassung des Vorstandes nicht einstimmig gewesen sei, stehe hiermit nicht in Einklang. Gegen diese Entscheidung hat der Kassenvorstand rechtzeitig Beschwerde erhoben. Das Reichsversicherungsamt hat sie zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Beschwerde ist nach § 1793 RVO. zwar zulässig, aber sachlich unbegründet. § 346 Abs. 1 RVO., um dessen Auslegung es sich handelt, regelt die Vertretung der Kasse bei den daselbst näher bezeichneten Rechtsgeschäften. Grundsätzlich wird die Krankenkasse, die als Träger der Reichsversicherung rechtsfähig ist — § 4 RVO. —, durch den Vorstand gerichtlich und außergerichtlich vertreten; dieser hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters (§ 5 Abs. 1). Seine Vertretungsmacht ist regelmäßig unbeschränkt. Ausnahmsweise wird sie durch das Gesetz selbst beschränkt (§ 5 Abs. 2 zum Entw. S. 36). Eine solche gesetzliche Beschränkung der Vertretungsmacht des Vorstandes ist in § 346 Abs. 1 enthalten. Danach wird bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken die Kasse durch den Vorstand und den Ausschuß vertreten. Schon aus der Wortfassung „wird vertreten" ist zu entnehmen, daß es zum Zustandekommen eines die Kasse verpflichtenden Rechtsgeschäfts der in § 346 Abs. 1 bezeichneten Art des Zusammenwirkens des Vorstandes und des Ausschusses bedarf, und daß daher solche Rechtsgeschäfte, die der Vorstand ohne den Ausschuß abschließt, nichtig sind. Im Gegensatz zu der Fassung des Abs. 1 handelt Abs. 2 des § 346 von gewissen Beschlüssen des Vorstandes, die lediglich der Zustimmung des Ausschusses bedürfen und die im Mangel dieser Zustimmung nicht rechtsungültig sind, sondern lediglich gegebenenfalls eine Ersatzpflicht des Vorstandes gegenüber dem Ausschuß und der Kasse begründen. Für diese Auslegung des § 346 Abs. 1 spricht auch die Entstehungsgeschichte der Vorschrift. Unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes war der Vorstand berechtigt, ohne Mitwirkung der Generalversammlung Grundstücke zu erwerben und zu belasten. Das Statut konnte die Zustimmung der Generalversammlung dazu vorsehen. Es war streitig, ob in solchem Falle der Erwerb usw. von Grundstücken, den der Vorstand ohne Zustimmung der Generalversammlung vornahm, nichtig war oder nur den Vorstand der Generalversammlung und der Kasse gegenüber haftbar machte. Die Reichsversicherungsordnung will, wie die Begründung S. 206 ausdrücklich bemerkt, diese Streitfrage in ersterem Sinne erledigen. Hiernach bedarf ein Rechtsgeschäft der Kasse, das den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung eines Grundstücks zum Gegenstande

hat, in jedem Falle außer einem Beschlusse des Vorstandes auch eines entsprechenden Beschlusses des Ausschusses. Indessen diese übereinstimmenden Beschlüsse von Vorstand und Ausschuß und die darauf beruhende Einigung mit dem Vertragsgegner können für sich allein das Zustandekommen des betreffenden Rechtsgeschäfts nicht bewirken. Die Eigenart der in Frage kommenden Geschäfte bringt es vielmehr mit sich, daß zu der Einigung der Vertragschließenden über den Eintritt der Rechtsänderung noch ein weiteres hinzukommen muß, damit das Rechtsgeschäft insbesondere Dritten gegenüber rechtswirksam wird, das ist die Eintragung der Rechtsänderung im Grundbuch (§ 873 Abs. 1, § 875 Abs. 1 BGB.). Im Falle der Uebertragung des Eigentums an einem Grundstück muß überdies die Einigung des Veräußerers und des Erwerbers (Auflassung) bei gleichzeitiger Anwesenheit beider Teile vor dem Grundbuchamt erklärt werden (§ 925 BGB.). Soweit hiernach eine Vertretung der Kasse nach außen, nämlich gegenüber dem Grundbuchrichter erforderlich wird, geschieht diese nach § 346 Abs. 1 RVO. ebenfalls durch den Vorstand und den Ausschuß zusammen (Begr. S. 206, Hoffmann, Komm. Anm. 2 zu § 346; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1 daselbst). Allerdings geht es, wie auch die Begründung a. a. O. hervorhebt, nicht wohl an, daß der Ausschuß vollzählig vor dem Grundbuchrichter erscheint. Hier greift § 321 Nr. 5 RVO. ein, der vorschreibt, daß die Satzung die Vertretung des Ausschusses nach außen im Falle des § 346 Abs. 1 regeln muß. Diese Vorschrift trägt somit einer im Verkehr des Ausschusses mit dem Grundbuchamte notwendigen Erleichterung Rechnung. Keinesfalls aber ist der gemäß § 321 Nr. 5 durch die Satzung bestellte Vertreter des Ausschusses berechtigt, für diesen das Rechtsgeschäft wirksam abzuschließen, dergestalt, daß der erforderliche Beschluß des Ausschusses durch seinen Willen ersetzt wird. Ebensowenig darf etwa der Ausschuß das Recht, bei den in § 346 Abs. 1 bezeichneten wichtigen Rechtsgeschäften mitzuwirken, durch Beschluß auf einen oder mehrere von ihm bestellte Vertreter übertragen. Für diese Auslegung der fraglichen Gesetzesvorschriften sprechen auch die Verhandlungen der Reichstagskommission über § 1340 des Entwurfs (§ 1354 Satz 1 des Gesetzes), der in Abs. 1 für die Versicherungsanstalten vorschreibt, daß sie bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken im Werte von mehr als 1000 M. von dem Vorstand und dem Ausschuß vertreten werden. Ein Kommissionsmitglied wies darauf hin, daß die Versicherungsanstalten aus dieser Vorschrift eine unerwünschte Erschwerung der Geschäftsführung insofern befürchteten, als der Grundbuchrichter danach werde verlangen können, daß sämtliche Ausschußmitglieder persönlich vor ihm erscheinen und fragte, ob nicht die Vorlegung des Zustimmungsbeschlusses in beglaubigter Form genügen werde. Ein Regierungsvertreter erwiderte, letztere Frage könne jedenfalls, soweit es sich um die Auflassung von Grundstücken handle, nicht bejaht werden, der Entwurf habe jedoch auf andere Weise dem Bedenken der Versicherungsanstalten bereits Rechnung getragen; nach § 1324 Nr. 3 (§ 1338 Nr. 4 des Ges.) müsse nämlich die Satzung über die Vertretung des Ausschusses im Falle des § 1340 (§ 1354 des Ges.) bestimmen, und hierbei könne eine möglichst einfache Form der Vertretung des Ausschusses vor dem Grundbuchrichter gewählt werden (Kommissionsbericht 4. Teil S. 141, 142). Nach diesen Erläuterungen muß angenommen werden, daß nach der Absicht des Gesetzes der gemäß § 1338 Nr. 4 bestellte Vertreter des Ausschusses nicht berechtigt ist, bei den bezeichneten Rechtsgeschäften den Ausschuß im Willen zu vertreten, also ohne dessen Mitwirkung solche Geschäfte für ihn rechtsverbindlich abzuschließen, sondern daß er nur berufen ist, die zur Ausführung eines Beschlusses des Ausschusses erforderlichen Erklärungen vor dem Grundbuchrichter abzugeben. Entsprechendes hat auf dem Gebiete der Krankenversicherung für die nach § 321 Nr. 5 bestellten Vertreter des Ausschusses zu gelten.

Gegenüber dieser, auch schon durch die Wichtigkeit der in Frage stehenden Rechtsgeschäfte gerechtfertigten Stellungnahme des Gesetzgebers fallen die von der Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift geltend gemachten Zweckmäßigkeitserwägungen nicht entscheidend ins Gewicht. Der streitige Satzungsnachtrag widerspricht daher dem Gesetz und ist mit Recht vom Oberversicherungsamte nicht genehmigt worden.

Bei einer Betriebskrankenkasse kann der Arbeitgeber einen besoldeten Beamten als Vertreter im Vorstande bestellen.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 4. Dezbr. 1915 (2164 Amtl. Nachr. 1916 S. 377).

Nach § 338 Abs. 2 und 3 RVO. besteht bei den Betriebskrankenkassen der Vorstand aus dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und aus Vertretern der Versicherten, der Arbeitgeber oder sein Vertreter führt den Vorsitz. Aus diesen Vorschriften ergibt sich, daß der Vorsitzende des Vorstandes der Betriebskrankenkasse nicht, wie bei den Orts- und den Landkrankenkassen, gewählt wird, sondern auf Grund gesetzlicher Vorschrift berufen ist oder bestellt wird. Das Versicherungsamt hat angenommen, daß als Vertreter des Arbeitgebers nur dessen gesetzlicher Vertreter in Frage kommen könne. Dieser Auffassung kann nicht beigepflichtet werden. Nach § 64 Ziff. 2 KVG. konnte die Satzung bestimmen, daß der Arbeitgeber oder ein

Vertreter den Vorsitz führe. Danach ist es nicht zweifelhaft gewesen, daß unter dem Ausdruck „ein Vertreter" nicht der gesetzliche Vertreter des Arbeitgebers, sondern derjenige zu verstehen sei, der vom Arbeitgeber zum Vertreter bestellt worden war. Es fehlt an jedem Anhalt dafür, daß in dieser Hinsicht die Reichsversicherungsordnung etwas habe ändern wollen. Vielmehr hat sich der Rechtszustand nach der Reichsversicherungsordnung nur insofern geändert, als der Vorsitzende nicht mehr gewählt oder durch die Satzung bestimmt wird, sondern der Arbeitgeber oder sein Vertreter durch das Gesetz zum Vorsitzenden berufen ist (zu vgl. Begr. zu §§ 351 bis 354 des Entw. S. 204 ff.). Die Vertretung des Arbeitgebers erfolgt hierbei regelmäßig auf Grund eines Auftragsverhältnisses, ohne daß der zu Beauftragende gleichzeitig nach gesetzlichen Vorschriften, insbesondere des bürgerlichen oder des Handelsrechts, gesetzlicher Vertreter des Arbeitgebers zu sein braucht (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 2 zu § 338 RVO.; Stier-Somlo, Kommentar Anm. 3 ebenda).

Zweifelhaft ist dabei lediglich, ob und wieweit der Arbeitgeber in der Bestellung seines Vertreters an die Vorschriften in §§ 12 und 13 der Reichsversicherungsordnung gebunden ist. Hahn geht davon aus, daß der Vertreter des Arbeitgebers nur ein bevollmächtigter Betriebsleiter oder Geschäftsführer oder Betriebsbeamter im Sinne des § 13 Abs. 2 der RVO. sein könne (zu vgl. Handb. der Krankenvers. Anm. 2 zu § 338). Die Frage, wieweit die erwähnten Vorschriften, die sich auf die Wählbarkeit zu den Organen der Versicherungsträger beziehen, auch sinngemäß anzuwenden sind, wenn es sich nicht um eine zu wählende, sondern anderweit berufene Person handelt, kann indessen vorliegend dahingestellt bleiben. Denn nach Lage der Sache ist es nicht zweifelhaft, daß in der Person des S. die Voraussetzungen der §§ 12 und 13 erfüllt sind, insbesondere auch, daß er Betriebsbeamter im Sinne des § 13 Abs. 2 a. a. O. ist. §§ 12 und 13 stehen seiner Bestellung als Vertreter somit jedenfalls nicht entgegen.

Das Oberversicherungsamt hat aber die Bestellung des S. zum Vertreter des Arbeitgebers als Vorsitzenden im Hinblick auf § 21 Abs. 4 RVO. für unzulässig gehalten, denn S. sei als Kassenführer besoldeter Beamter des Versicherungsträgers. Dieser Auffassung kann nicht beigetreten werden. Nach § 362 Abs. 1 bestellt bei Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber auf seine Kosten und Verantwortung die für die Geschäfte der Kasse erforderlichen Personen. Diese Angestellten werden demnach nicht aus Mitteln der Betriebskrankenkasse besoldet. Sie stehen nur in einem auf privatrechtlicher Grundlage beruhenden Anstellungs- und Besoldungsverhältnis zum Arbeitgeber. Sie sind nicht Angestellte der Kasse, sondern des Arbeitgebers (zu vgl. Begr. S. 210). Infolgedessen werden sie von der Vorschrift des § 21 Abs. 4 nicht erfaßt, wonach die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes nicht zugleich besoldete Beamte oder Angestellte (vgl. Hanow, Kommentar, Anm. 11 zu § 21; Hoffmann, Kommentar, Vorbem. vor § 349) des Versicherungsträgers sein dürfen. Dem steht auch nicht entgegen, daß im zweiten Absatz des § 362 von Angestellten der Betriebskrankenkassen die Rede ist. Mit diesem nicht genauen Ausdruck (vgl. Hoffmann a. a. O. Anm. 5 zu § 362) sollten nur solche Personen zusammenfassend bezeichnet werden, die für die Geschäfte der Betriebskrankenkasse vom Arbeitgeber beschäftigt werden. Aber auch wenn man annehmen wollte, daß diese Angestellten infolge ihrer Tätigkeit für die Betriebskrankenkasse oder auf Grund eines kraft gesetzlicher Pflicht des Arbeitgebers zu Gunsten der Kasse geschlossenen Dienstvertrages in gewissem Sinne Angestellte der Kasse seien (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 1a zu § 362), so würde es doch hier für die Anwendung des § 21 Abs. 4 an dem Erfordernis fehlen, daß die Angestellten aus den Mitteln der Betriebskrankenkasse besoldet werden; denn nur solche Beamte oder Angestellte können als besoldete Beamte oder Angestellte des Versicherungsträgers im Sinne des § 21 Abs. 4 a. a. O. angesehen werden (zu vgl. Begr. S. 41).

Dies Ergebnis wird auch den Forderungen der Praxis gerecht. Zutreffend wird in den Ausführungen des Verbandes zur Wahrung der Interessen der Deutschen Betriebskrankenkasse darauf hingewiesen, daß häufig ein Bedürfnis nach einer solchen Bestellung besteht.

Muß der Versicherungspflichtige im Falle des § 520 RVO. bei Stellung des Antrags bereits Mitglied der Ersatzkasse sein?

Entscheidungen a) des **Oberversicherungsamts Hamburg** v. 9. November 1914; b) des **Reichsversicherungsamts** v. 22. Januar 1916.

a)

Das Oberversicherungsamt konnte die Beschwerde gegen die erstinstanzliche Entscheidung nicht als begründet anerkennen. Auch die vom Beschwerdeführer neu vorgebrachten Gründe konnten zu einer anderen Beurteilung der Sachlage nicht führen. Die §§ 519 und 520 RVO. gehören inhaltlich zusammen und müssen aus ihrer gemeinsamen Tendenz heraus betrachtet und interpretiert werden. § 519 macht die Wirkung des Ruhens der Rechte und Pflichten aus der Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse von der rechtzeitigen Stellung des Befreiungsantrages beim

Kassenvorstand der Krankenkasse abhängig. Gleichzeitig mit diesem Akte wird die Mitteilung des Namens und des Sitzes der Ersatzkasse und der Zugehörigkeit zu derselben verlangt. Der § 520 bringt eine Modifikation dieser Bestimmungen im Falle verspäteter Einreichung dieses Antrages. Er bestimmt nämlich, daß in einem solchen Falle der Antrag frühestens für den Beginn des nächsten Kalendervierteljahres gestellt werden kann und zwar unter mindestens einen Monat zuvor erfolgter Anmeldung beim Kassenvorstand.

Streit herrscht im wesentlichen nur über die Auslegung des Satzes „ihm ist auch der Beitritt zur Ersatzkasse nachzuweisen". Hätte der Gesetzgeber hier wirklich eine andere inhaltliche Bestimmung hinsichtlich des Zeitpunktes der Nachweisung des Beitritts treffen wollen, so hätte er dies in klarer, den Gegensatz zu § 519 ausdrückender Bestimmung tun müssen. Da § 519 schon das Verfahren bei Stellung des Antrages genau geregelt hat, genügt hier ein kurzer Hinweis, auf die zu beobachtenden Formen. Die zitierte Bestimmung ist also lediglich kürzer gefaßt als die analogen Bestimmungen des § 519 und besagt inhaltlich durchaus nichts anderes. Wollte man aber wirklich aus dem Worte „Beitritt" einen Gegensatz zu dem Worte „Zugehörigkeit" herauslesen, so könnte höchstens ein Zweifel darüber bestehen, ob das Wort „Beitritt" statt „Zugehörigkeit" hier nur soviel wie den bereits vollzogenen Beitritt bedeuten soll, der aber erst mit einem späteren Zeitpunkt durch Erlangung von Mitgliederrechten — und Pflichten wirksam wird. Aber selbst, wenn man dieser Auffassung zu Gunsten des Beschwerdeführers folgen wollte, ändert sich an der Sachlage durchaus nichts. Unter dem Ausdruck „Beitritt" kann jedenfalls immer nur der vollzogene, nicht der erst in Zukunft erfolgende verstanden werden. Der Beschwerdeführer hätte zum mindesten also einen Monat vor Beginn des betreffenden Kalendervierteljahres sowohl den Befreiungsantrag stellen, als auch die Mitteilung von dem bereits erfolgten Beitritt machen müssen, mit anderen Worten, vor dem 1. März 1914 auch seinen Beitritt zur Ersatzkasse dem Kassenvorstand anzeigen müssen. Das hat er aber ganz zweifellos nicht getan, denn nach eigenem Vorbringen ist er der Ersatzkasse überhaupt erst im März 1914 beigetreten, so daß er auch erst im Laufe des Monats März 1914 die erforderliche Anzeige machen konnte. Das war aber verspätet.

Das Oberversicherungsamt hält aber prinzipiell daran fest, daß die in Streit befindliche Bestimmung des § 520 hinsichtlich der Formalien der Beitrittsnachweisung, wie bereits dargelegt, nichts anderes verlangt als der § 519. Der Beschwerdeführer hätte also der Ersatzkasse bereits angehören und hiervon dem Kassenvorstand Mitteilung machen müssen. Wie Beschwerdeführer selbst richtig Seite 2 seiner Beschwerde ausführt, soll das Ruhen der Rechte und Pflichten nach der Absicht des Gesetzgebers erst mit dem Vierteljahresbeginn eintreten. Falsch aber ist es, wenn er fortfährt „und da war ich schon Mitglied einer Ersatzkasse". Kläger war beim Eintritt des Vierteljahresbeginns nicht Mitglied der Ersatzkasse, sondern er ist es in diesem Augenblick erst geworden. Er war vielmehr nur dann Mitglied der Ersatzkasse, wenn er ihr bereits im Laufe des vorhergehenden Vierteljahres schon als Mitglied angehörte. Dieser Fall trifft hier unstreitig nicht zu. Die ordnungsmäßige Stellung des Antrages, wozu auch der fehlende Nachweis zur Zugehörigkeit der Ersatzkasse gehört, verschiebt also alle Wirkungen des § 517 bzw. § 519 um ein Vierteljahr. Mithin hat die Allgemeine Ortskrankenkasse in zutreffender Weise die Wirkung des Ruhens der Rechte und Pflichten des § 517 an den 1. Juli 1914 geknüpft.

b)

In einer anderen Streitsache hatte sich das Versicherungsamt Bremen auf den entgegengesetzten Standpunkt gestellt und auf die in Arb.Vers. 1915 S. 686 abgedruckte Entscheidung des Oberversicherungsamts Groß-Berlin Bezug genommen. Das im Wege der Beschwerde angerufene Oberversicherungsamt Bremen hat sich, bei Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt gemäß §§ 1799, 1693 RVO., im Sinne des Versicherungsamts gutachtlich geäußert, und das Reichsversicherungsamt hat diese Auffassung grundsätzlich gebilligt aus folgenden Gründen:

Die rechtlichen Ausführungen des Versicherungsamts über die Auslegung des § 520 RVO. erweisen sich im Ergebnis als zutreffend, wenngleich die Zweifelhaftigkeit der Frage nicht verkannt werden soll. Für die Entscheidung kommt es zunächst darauf an, ob auch für den Fall, daß ein Versicherungspflichtiger den Antrag auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten beim Eintritt in die Krankenkasse nicht rechtzeitig gestellt hat, bei späterer Stellung eines solchen Antrags bereits seine Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse nachzuweisen ist. Falls der Antrag beim Eintritt in die Krankenkasse oder spätestens am zweiten Zahlungstage darauf beim Kassenvorstande gestellt wird, schreibt § 519 Abs. 1 vor, daß dabei Name und Sitz der Kasse mitzuteilen und die Zugehörigkeit zu ihr nachzuweisen ist. Dagegen schreibt § 520 Abs. 1 für spätere Anträge folgendes vor: „Ist der Antrag beim Eintritt in die Krankenkasse nicht rechtzeitig gestellt worden, so kann er frühestens für den Beginn des nächsten Kalendervierteljahrs gestellt werden; es muß mindestens einen Monat zuvor beim Kassenvorstande geschehen; ihm ist auch der Beitritt zur

Ersatzkasse nachzuweisen." Wie die angefochtene Entscheidung zutreffend hervorhebt, konnte es nach dem Wortlaut des § 19 Abs. 5 KVG., welcher der letzteren Vorschrift entsprach, nicht zweifelhaft sein, daß es unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes genügte, wenn versicherungspflichtige Personen, die aus einer Kasse austraten, vor dem Austritt, nachwiesen, daß sie Mitglied einer der im § 75 KVG. bezeichneten Kassen geworden waren. Auch aus dem Wortlaut des § 520 Abs. 1 RVO. kann, wenn man ihn für sich betrachtet, nichts dafür entnommen werden, daß der Nachweis des Beitritts zur Kasse bereits bei Stellung des Antrags geführt werden müsse. Nun wendet freilich das Oberversicherungsamt Hamburg in der vorstehend bezeichneten Entscheidung ein, daß der § 520 nur in Zusammenhang mit § 519 ausgelegt werden dürfe. § 520 bringe lediglich eine Modifikation des § 519. Hätte der Gesetzgeber hier wirklich eine inhaltlich andere Vorschrift hinsichtlich des Zeitpunktes der Nachweisung des Beitritts erlassen wollen, so hätte er dies in klarer, den Gegensatz zu § 519 ausdrückender Vorschrift tun müssen. Da § 519 schon das Verfahren bei Stellung des Antrags genau geregelt habe, so genüge hier ein kurzer Hinweis auf die zu beachtenden Formen. Allein diese Annahme ist nicht überzeugend begründet. Hätte der Gesetzgeber von solchen Erwägungen sich leiten lassen, so hätte es näher gelegen, wenn er, statt eine abweichende und nicht wesentlich kürzere Fassung zu wählen, zur Kennzeichnung des inneren Zusammenhangs in § 520 auf die Vorschrift des § 519 verwiesen hätte. Auch vermag der entscheidende Senat innere Gründe für die Auffassung, daß im Falle des § 520 Abs. 1 der Antragsteller bereits bei Stellung des Antrags Mitglied der Kasse sein müsse (so Hahn, Handbuch der Kr.Vers.; Schnitzler in der Monatsschrift für deutsche Krankenkassenbeamte 1916 S. 3ff.) nicht zu erkennen. Bei der Zweifelhaftigkeit der Frage verdient diejenige Auslegung den Vorzug, welche zu dem befriedigenderen Ergebnisse führt. Dieses ist diejenige Ansicht, welche im Anschluß an das frühere Recht und im Hinblick auf den gesetzlichen Wortlaut für Anträge aus § 520 Abs. 1 den Nachweis des Beitritts zur Ersatzkasse zur Zeit der Stellung der Anträge nicht verlangt. Denn sonst würde in jedem Falle, in dem der Eintritt in die Ersatzkasse später als in die Ortskrankenkasse erfolgt, eine durch nichts gerechtfertigte Doppelversicherung für die Dauer eines Monats die Folge sein. Die Schwierigkeiten, die sich für die gesetzlichen Krankenkassen etwa daraus ergeben können, daß der Nachweis der Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse erst kurz vor dem Eintritt des Ruhens der Rechte und Pflichten bei der Krankenkasse erfolgt, können aber nicht größer sein als diejenigen im Falle des § 519, wo der Gesetzgeber eine besondere Frist zwischen der Stellung und der Wirkung des Antrags nicht für erforderlich gehalten hat. Es genügt dort vielmehr, wenn der Antrag erst unmittelbar vor dem zweiten Zahltage gestellt und dabei erst die Zugehörigkeit zur Ersatzkasse nachgewiesen wird; zu vgl. auch Entsch. 2101, Amtl. Nachr. 1915 S. 688. Ebensowenig kann endlich der Zweckmäßigkeitserwägung des Oberversicherungsamts Hamburg ausschlaggebende Bedeutung beigemessen werden, daß die Ersatzkasse für solche Personen, die in dem Zeitraume zwischen der Antragstellung und der tatsächlichen Zugehörigkeit zur Ersatzkasse erkranken, nicht eintritt. Denn, wie die angefochtene Entscheidung mit Recht hervorhebt, bleiben für solche Mitglieder die Rechte für diesen Zeitraum an die Pflichtkasse bestehen. Nach allem war der rechtlichen Beurteilung dieser Frage durch das Versicherungsamt beizutreten. Trotzdem mußte die Entscheidung des Versicherungsamts aufgehoben werden. Denn das Versicherungsamt durfte sich in seiner Entscheidung nicht darauf beschränken, festzustellen, daß die Anträge fristgerecht eingereicht waren; es hatte vielmehr unter den obwaltenden Umständen auch nachzuprüfen, ob die Anträge auch sonst den gesetzlichen Vorschriften entsprachen und insbesondere, ob auch bis zum Inkrafttreten der Anträge der Beitritt zur Ersatzkasse nachgewiesen war. Die Sache war dieserhalb zur anderweitigen Entscheidung an das Versicherungsamt zurückzuverweisen.

Anmerkung: Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts erscheint recht bedenklich. Sie läßt den § 517 RVO. außer acht; der sich auf § 520 nicht minder als auf § 519 bezieht und allgemein voraussetzt, daß die Versicherungspflichtigen, wenn sie den Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten stellen, Mitglieder der Ersatzkasse „sind". Zu vgl. die Anmerkung im Jahrg. 1915 S. 687.

Art. 29 Einf.-Ges. z. RVO. gilt auch zugunsten freiwilliger Mitglieder von Ortskrankenkassen.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 24. März 1916 (II K. 85/16).

Nach Art. 29 Abs. 1 Nr. 2 Einf.Ges. zur RVO. können landkrankenkassenpflichtige Versicherte, die beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung Mitglieder einer Ortskrankenkasse waren, Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse werden, wenn ihre frühere Kasse eingeht. Diese Personen haben also nach eigener Entschließung das Recht, entgegen der Regel der Reichsversicherungsordnung (§ 235) nicht in die Landkrankenkasse, sondern in eine Ortskrankenkasse

einzutreten. Artikel 29 a. a. O. beschränkt diese Befugnis nicht auf versicherungspflichtige Mitglieder der Ortskrankenkassen, wenn in der Mehrzahl der Fälle auch nur solche tatsächlich in Betracht kommen werden. Er spricht vielmehr ganz allgemein von „Mitgliedern" der Ortskrankenkassen, unterscheidet also nicht zwischen Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten. Demnach muß angenommen werden, daß sich Art. 29 auch auf solche landkrankenkassenpflichtige Versicherte bezieht, die beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung freiwillige Mitglieder einer Ortskrankenkasse gewesen sind (übereinstimmend Hoffmann, 5. Aufl. Anm. 3 zu Art. 29, im Gegensatz zu der in der 2. Aufl. vertretenen Auffassung.) Auch innere Gründe sprechen für diese Ansicht. Denn der Zweck des Artikels 29 a. a. O. die bei Ortskrankenkassen versichert gewesenen Personen vor Nachteilen zu schützen, die gegebenenfalls entstehen könnten, wenn sie am 1. Januar 1914 in eine Landkrankenkasse eintreten müßten (zu vgl. Begr. S. 29), kann in gleicher Weise bei versicherungspflichtigen, wie bei versicherungsberechtigten Mitgliedern zutreffen.

B. Zur Unfallversicherung.

Klage der Berufsgenossenschaft gegen den haftpflichtigen Unternehmer aus §§ 903 ff, 906 RVO.

Entscheidung des **Oberlandesgerichts Stuttgart** (2. Zivilsenat) vom 9. Dezember 1915.

Dem Unternehmer soll durch § 906 eine angemessene Frist zur Ueberlegung, ob ihn ein Verschulden treffe und ob er die Entschließung der Genossenschaftsversammlung anrufen wolle, gewährt werden. Er kann sich schon vor rechtskräftiger Entscheidung der Versicherungsbehörde entschließen. Es läge zwar mehr in seinem Interesse, diese Entschließung abwarten zu dürfen; aber nennenswerte Nachteile hat er nicht zu befürchten. Verneint nachträglich die Versicherungsbehörde, daß die Berufsgenossenschaft entschädigungspflichtig sei, so wird die Berufsgenossenschaft die Klage gegen den Unternehmer zurücknehmen oder sie wird mit der Klage abgewiesen werden; in beiden Fällen muß sie die Prozeßkosten tragen. Die Berufsgenossenschaft müßte unter Umständen die Verjährung ihres Ersatzanspruchs befürchten, wenn sie gegen den Unternehmer erst nach rechtskräftiger Entscheidung der Versicherungsbehörde klagen könnte. Ausweislich des Berichts der Reichstagskommission über den Entwurf einer RVO. S. 186 gingen damals die gesetzgebenden Faktoren davon aus, daß nach bisherigem Recht eine Klage der Genossenschaft schon vor rechtskräftiger Entscheidung der Versicherungsbehörde zulässig sei, und es kam von keiner Seite zum Ausdruck, daß es nach der neuen Gesetzesbestimmung anders sein solle. § 907 Abs. 2 steht der obigen Annahme nicht entgegen (vgl. Mösle-Rabeling, Kommentar § 907, Anm. 1).

(„Das Recht" 1916, Nr. 329.)

Mitwirkung der Polizeibehörde bei Erzwingung der Befolgung von Unfallverhütungsvorschriften.

Entsch. des **preuß. Oberverwaltungsgerichts** (3. Senats) vom 17. Dezember 1914.

Das Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 641) ermächtigt die Berufsgenossenschaften, Vorschriften über die von den Mitgliedern zur Verhütung von Unfällen in ihren Betrieben zu treffenden Einrichtungen und Anordnungen zu erlassen (§ 120 Abs. 1 Nr. 1) und verpflichtet sie zugleich, für deren Durchführung Sorge zu tragen (§ 126). Zur Erfüllung dieser Verpflichtung können sie sich besonderer technischer Aufsichtsbeamten bedienen, welche die Befolgung der Unfallverhütungsvorschriften zu überwachen haben (§ 126). Der Genossenschaftsvorstand ist befugt, für den Fall der Zuwiderhandlung gegen die Vorschriften zur Verhütung von Unfällen Geldstrafen bis zu 1000 M. oder die Einschätzung des Betriebs in eine höhere Gefahrenklasse oder Festsetzung von Zuschlägen bis zum doppelten Betrage der Beiträge anzudrohen und gegen den Zuwiderhandelnden festzusetzen. Dagegen ist den Berufsgenossenschaften nicht im Gesetze die Befugnis gegeben, die Befolgung der Unfallverhütungsvorschriften und die Herstellung der darin geforderten Sicherheitseinrichtungen unmittelbar zu erzwingen (vgl. Handb. der Unf.Vers. I S. 596 Nr. 10). Ebensowenig ist durch eine gesetzliche Bestimmung der Polizeibehörde die Befugnis oder Aufgabe zugewiesen, die Befolgung der Unfallverhütungsvorschriften dem Betriebsunternehmer gegenüber durch ihre Zwangsmittel durchzusetzen, noch den Berufsgenossenschaften die Ermächtigung erteilt, die Mitwirkung der Polizeibehörde zur Ausübung eines Zwanges auf die Betriebsunternehmer in diesem Sinne zu fordern. Allerdings

verpflichtet § 154 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft die öffentlichen Behörden, „den im Vollzuge des Gesetzes ergehenden Ersuchen der Genossenschafts- und Sektionsvorstände zu entsprechen", und unter diesen Ersuchen sind nicht nur diejenigen zu verstehen, die in den Unfallversicherungsgesetzen und den zu ihnen erlassenen Verordnungen, Ausführungsbestimmungen usw. ausdrücklich vorgesehen sind, sondern jede Inanspruchnahme einer Behörde, die zur Durchführung der Unfallversicherungsgesetze irgendwie erforderlich ist (vgl. Kommentar der Mitglieder des Reichsversicherungsamts zur Reichsversicherungsordnung Bd. 1 S. 238 Anm. 6; vgl. auch Preuß. Verwaltungsbl. 35 S. 23). Immer aber muß es sich um eine vom Gesetze selbst vorgesehene Art der Durchführung seiner Vorschriften handeln. Das Gesetz sieht aber die Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften mittels polizeilichen Zwanges nicht vor. Es bestimmt in § 120 ausdrücklich und erschöpfend, welche Zwangsbefugnisse der Berufsgenossenschaft behufs der Durchführung der Unfallversicherungsvorschriften zur Seite stehen, und läßt nicht erkennen, daß die Berufsgenossenschaft befugt sei, sich zur Durchführung noch anderer Hilfsmittel, insbesondere der Hilfe anderer Behörden im Wege der Rechtshilfe, zu bedienen. Maßregeln, die andere Behörden auf Ersuchen der Berufsgenossenschaft treffen, um ihrerseits auf Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften hinzuwirken, sind demnach eigene Verfügungen der anderen Behörden, gleichviel, ob diese Behörden sich als Organ der Berufsgenossenschaft betrachten oder ob sie die Absicht haben, selbst und mit eigener Entschließung tätig zu sein. So auch das Reichsversicherungsamt im Handb. der Unf.-Vers. I S. 596 Anm. 10 zu § 112 GUVG. Ebenso L e h m a n n in Note 10 zu § 851 in dem oben angeführten Kommentar zur RVO.

Hiernach ist die Polizeibehörde nicht zuständig, einem Mitgliede der Berufsgenossenschaft die Herstellung besonderer Einrichtungen nur deshalb aufzugeben, weil solche in den von der Genossenschaft erlassenen Unfallverhütungsvorschriften angeordnet sind. Vielmehr kann die Polizei in dieser Richtung nur dann einschreiten, wenn ihre allgemeinen Befugnisse aus § 10 Titel 17 Teil II Allgem. Landr. ihr dazu eine gesetzliche Unterlage bieten. Daher war im vorliegenden Falle der Distriktskommissar nicht befugt, dem Kläger die Abstellung der von dem Revisionsbeamten gerügten Mängel seines Betriebs lediglich deshalb aufzugeben, weil sie ein Zuwiderhandeln gegen die für die Posensche landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft bestehenden Unfallverhütungsvorschriften enthielten. Vielmehr bedurfte es zu einem polizeilichen Einschreiten des Nachweises, daß die Abstellung dieser Mängel in der verlangten Form und die Herstellung der geforderten Einrichtungen zur Abwendung der d e m P u b l i k u m o d e r e i n z e l n e n M i t g l i e d e r n d e s s e l b e n bevorstehenden Gefahren nötig waren. Von diesem Nachweis entbindet der Umstand nicht, daß die verlangten Einrichtungen von der Genossenschaft zur Verhütung von Unfällen für nötig erachtet und deshalb in ihre Vorschriften aufgenommen worden waren, da die Polizeibehörde bei ihrem Einschreiten selbständig zu prüfen hat, ob die vorhandenen Einrichtungen des Betriebs eine Gefahr für die im Betriebe beschäftigten Personen in sich schließen, und welche Maßnahmen nötig sind, um diese Gefahr zu beseitigen.

An diesem Erfordernisse hat es der Distriktskommissar fehlen lassen. Er hat nach Lage der Akten vor Erlaß der angefochtenen Verfügung nicht geprüft und in ihr nicht geltend gemacht, daß das Vorhandensein der vom Kläger an seiner Häckselmaschine und dem zugehörigen Göpelwerk angebrachten Schutzvorrichtungen eine Gefahr im Sinne des § 10 Titel 17 Teil II Allgem. Land. einschließe, sich vielmehr darauf beschränkt, auf die Anbringung der von der Berufsgenossenschaft in den Unfallverhütungsvorschriften vorgeschriebenen Vorrichtungen lediglich um deswillen, weil sie eben die von der Berufsgenossenschaft vorgeschriebenen sind, mit seinen Zwangsmitteln hinzuwirken. Daß das Vorhandensein der vom Kläger angebrachten Vorrichtungen eine Gefahr in jedem Sinne bedeute, wird nicht etwa durch den Bescheid des Oberversicherungsamts vom 20. Juni 1913 erwiesen, weil die Unfallverhütungsvorschriften für die Berufsgenossenschaft eine zwingende Rechtsnorm bilden und nicht gestatten, daß die in ihnen vorgeschriebene Ausrückevorrichtung durch eine Bremsvorrichtung ersetzt werde. . . .

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Invalidität infolge Selbstmordversuchs eines Zurechnungsfähigen begründet keinen Rentenanspruch.

Urteil des Reichsversicherungsamts (Großen Senats) vom 11. Dezember 1915.

Von dem Falle der Revisionsentsch. 1603 *) unterscheidet sich dieser Fall dadurch, daß sich dort die Invalidität unmittelbar an den Selbstmordversuch angeschlossen hat, während hier die Invalidität erst nach Jahren eingetreten ist. Jene Entscheidung trifft aber auch den gegenwärtigen Fall. Der Kläger hat sich seine Erwerbsunfähigkeit, die Invalidität bei einem Selbstmordversuche zugezogen, denn sie ist die Folge seiner Handlung, und daran ändert nichts, daß die Folge nicht sogleich, sondern erst später eingetreten ist. Wie eine Krankheit, die infolge eines Betriebsunfalls erst nach Jahren aufgetreten ist, entschädigungspflichtige Unfallfolge ist, so ist auch hier der nachträglich eingetretene Zustand Folge des schädigenden Ereignisses. Der Kläger wäre noch heute nicht invalide, wenn er nicht vor Jahren den Selbstmordversuch gemacht hätte.

Der § 1254 Abs. 1 RVO., ebenso im wesentlichen § 11 JuAVG. und § 17 Satz 1 IVG. versagt demjenigen die Invalidenrente, der sich vorsätzlich invalide macht. Das geschieht von dem, der gegen sich eine Handlung begeht, von der er weiß, daß sie seine Invalidität zur Folge haben werde oder könne. Dies Bewußtsein hat allerdings derjenige, der sich das Leben nehmen will, nicht oder nur in den seltensten Fällen. Der Große Senat hat jedoch angenommen, daß es bei der Auslegung des § 1254 Abs. 1 RVO. nicht so sehr auf die Vorsätzlichkeit bei Herbeiführung der Invalidität, als vielmehr auf die Vorsätzlichkeit bei Begehung der Handlung ankommt, die die Invalidität zur Folge hat. Wer seinem Leben ein Ende machen will, kann dies nur dadurch, daß er irgendwie seinem Körper Schaden zufügt. Die Körperbeschädigung ist zwar nicht sein Endzweck, aber er weiß, daß sie zu dessen Erreichung nötig ist, und begeht also die ihn schädigende Handlung vorsätzlich. Wäre zur Anwendung des § 1254 Abs. 1 weiter auch noch die Vorsätzlichkeit bei Herbeiführung der Invalidität erforderlich, so würde es jedesmal der Feststellung bedürfen, daß sich der Täter bewußt gewesen ist, er werde sich „invalide" machen, daß er sich also den ganzen zum Begriffe der Invalidität gehörenden Tatbestand des § 1255 Abs. 2 mit all seinen Einzelheiten als Folge seiner Handlung vorgestellt hat. Die Anwendbarkeit des § 1254 Abs. 1 wäre im allgemeinen dann auf die Fälle beschränkt, in denen der Täter auf die Erlangung der Invalidenrente ausgegangen ist, denn regelmäßig nur in den Fällen konnte angenommen werden, daß sich der Täter aller dazu führenden Einzelheiten bewußt gewesen ist. Einer solchen Einschränkung hat aber der Große Senat nicht zustimmen können. Vielmehr glaubte er an der bisherigen Rechtsauffassung des Reichsversicherungsamts festhalten zu sollen, wonach die durch einen Selbstmordversuch verursachte Invalidität keinen Rentenanspruch begründet. Einen Grund zur Abweichung vermochte er auch darin nicht zu erblicken, daß im gegenwärtigen Falle der Kläger nach dem Selbstmordversuch wieder versicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist. Die Rechte aus dieser Zwangsversicherung wie aus der früheren, verliert der Kläger gegebenenfalls nur, weil seine Invalidität Folge des Selbstmordversuchs ist. Er würde sie aber nicht verlieren, wenn er aus anderer Ursache invalide geworden wäre. Auch würden, die Erhaltung der Anwartschaft vorausgesetzt, sämtliche Beiträge auf die Wartezeit für die Altersrente angerechnet werden müssen. Die Versicherung ist daher insofern nicht zwecklos gewesen.

Von einer vorsätzlichen Handlung kann aber immer nur die Rede sein, wenn dem Handelnden die Tat nach seinem geistigen Zustand zuzurechnen ist. Dies hat das Oberversicherungsamt bejaht, indem es, ohne darüber einen ärztlichen Sachverständigen zu hören, auf Grund des Akteninhalts angenommen hat, daß der Kläger den Selbstmordversuch mit voller Ueberlegung ausgeführt habe. Der Akteninhalt rechtfertigt diese Annahme nicht ohne weiteres.

Der Kläger hat in seiner Erklärung vom 22. September 1913 angegeben, er habe zur Zeit der Tat überhaupt nicht gewußt, was er richtig getan habe. Er habe den Selbstmordversuch aus Lebensüberdruß unternommen, denn er habe bei niedrigem Gehalt eine starke Familie gehabt und habe mit Schulden kämpfen müssen. In seiner Eingabe vom 11. November 1913 hat er ferner unter Berufung auf den Arzt, der ihn nach dem Selbstmordversuche behandelt hat, behauptet, er sei bei der Tat infolge Nervenleidens und dienstlicher Ueberanstrengung unzurechnungsfähig gewesen. Diese Behauptungen finden in den Personalakten des Klägers eine gewisse Stütze. Dort befindet sich zunächst ein ärztliches Zeugnis des Dr. Sch.-O. in B. vom 19. Juni 1901, wonach der Kläger damals an einer eitrigen Entzündung

*) Arb.Vers. 1912 S. 569.

der Kiefer- und Stirnhöhle gelitten hat. In dem Jahre vor dem Selbstmordversuche bescheinigte Dr. C. in B. am 4. und 31. Juli 1903, es falle bei dem Kläger eine gewisse Aufregung auf, die ausgestreckten Hände zitterten deutlich und es bestehe ein Nervenleiden. Nach Angabe des Klägers sei dieser, wie ihm seine Frau mitgeteilt habe, eines Nachts aufgestanden und habe unter wirren Reden aus dem Fenster gehen wollen. Am 13. Juli 1903 hat der Kreisarzt, Geheime Medizinalrat Dr. Sch. in B. den Kläger untersucht und seine Klagen über Nervosität für begründet erachtet, da eine ungemein große Beschleunigung der Herztätigkeit bestand. Der Kläger litt nach dem Gutachten dieses Sachverständigen an Nervenschwäche, besonders Herzneurose. Nach einem Bericht der Gefängnisverwaltung vom 10. Mai 1904 ist bei dem Kläger auch im Dienste wiederholt Aufgeregtheit bemerkt worden. Endlich soll nach diesem Bericht eine Schwester des Klägers im Irrenhause gestorben sein. Aus den Akten ergibt sich, daß der Kläger ein jährliches Diensteinkommen von 1500 M. gehabt hat, und daß seine Familie aus Frau und fünf Kindern bestand. Er ist häufig wegen dienstlicher Verfehlungen bestraft worden und hat, anscheinend infolge leichtfertigen Lebens Schulden gehabt.

Schon im allgemeinen liegt bei Personen, die in selstmörderischer Absicht Hand an sich legen, die Vermutung nahe, daß sie unter dem Einfluß geistiger Entartung und Schwäche stehen. Infolgedessen fehlt es ihnen meist an der Fähigkeit, ihre Lage richtig zu beurteilen und die Wege zu erkennen, die sie durchs Leben führen. Vielfach wird dazu das geistige und seelische Leben dieser Personen durch Mangelhaftigkeit ihres Gesundheitszustandes oder durch die äußeren Umstände, von denen sie dauernd oder augenblicklich beherrscht werden, derart gestört, daß sie als geisteskrank anzusehen sind und daß ihnen daher ihr Handeln nicht zugerechnet werden kann. Der Kläger war nach den Akten ein nervenschwacher, reizbarer Mensch von geringer innerer Festigkeit, er stand unter dem Drucke mißlicher, wahrscheinlich durch seine Haltlosigkeit herbeigeführter wirtschaftlicher Verhältnisse, und es ist daher keineswegs ausgeschlossen, daß er den Selbstmordversuch in geistiger Gestörtheit begangen hat. Nach dieser Richtung ist der Sachverhalt nicht genügend aufgeklärt, und deshalb war unter Aufhebung des angefochtenen Urteils die Sache zur weiteren Erörterung und neuen Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über den Jahresarbeitsverdienst.

1. Die Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte hängt unter anderem davon ab, daß der Angestellte gegen Entgelt beschäftigt wird.

2. Dem Begriffe Beschäftigung ist nicht so sehr eine gegenwärtige Arbeitsleistung als solche wesentlich, maßgebend ist vielmehr das Arbeitsverhältnis, kraft dessen die Arbeitskraft des Angestellten dem Arbeitgeber zur Verfügung steht. Im Falle einer Unterbrechung der Arbeitsleistung genügt es, daß die Verfügungsmacht über die Arbeitskraft des Versicherten über die Zeit ihres Ruhens hinaus auf Grund gegenseitiger Willensübereinstimmung zwischen dem Arbeitgeber und dem Angestellten dem Arbeitgeber gewahrt bleibt. Es kann also das Beschäftigungsverhältnis als solches fortbestehen, auch wenn eine wirkliche Betätigung im Dienste des Arbeitgebers zeitweilig durch Urlaub, Krankheit, Ableistung militärischer Uebungen und dergleichen wegfällt. Ist aber das Beschäftigungsverhältnis gelöst, hat der Arbeitgeber z. B. den Angestellten ohne rechtlichen Grund vorzeitig entlassen, so hört mit der Entlassung die Beitragspflicht auf, obwohl der Arbeitgeber verpflichtet bleibt, über den Zeitpunkt der Entlassung hinaus das vereinbarte Gehalt zu gewähren.

3. Hiernach sind für einen Angestellten dann keine Beiträge zu entrichten, wenn zwar das Beschäftigungsverhältnis fortdauert, aber kein Entgelt gewährt wird, oder aber, wenn ihm zwar noch Entgelt zu gewähren ist, das Beschäftigungsverhältnis aber aufgelöst ist.

4. Wenn zum Beispiel ein Angestellter seinen üblichen Sommer-Urlaub antritt, nach dessen Ablauf er seine Tätigkeit wieder aufzunehmen hat, so darf angenommen werden, daß das Beschäftigungsverhältnis fortbesteht. Es sind daher für ihn Beiträge zu entrichten, wenn und soweit während des Urlaubs der Entgelt weitergewährt wird.

Ist der Angestellte einen Teil des Monats oder einen ganzen Monat beurlaubt, bezieht er aber seinen Entgelt für den vollen Monat weiter, so sind für ihn die Beiträge der dem Jahresarbeitsverdienst entsprechenden Klasse zu entrichten.

Ist er während eines ganzen Monats beurlaubt, und bezieht er keinen Entgelt, so ist für diesen Monat kein Beitrag zu zahlen.

Ist er während eines Teils des Monats beurlaubt, und bezieht er nur für den Rest des Monats Entgelt, so ist für den erstgenannten Teil des Monats kein Beitrag und für den Rest gemäß § 177 des Gesetzes acht vom Hundert des gewährten Entgelts zu entrichten.

Wird dem Angestellten während des Urlaubs nur ein Teil seines Entgelts gewährt, so sind entsprechend niedrigere Beiträge zu entrichten. Ist er z. B. während eines vollen Monats beurlaubt, und erhält er für diesen Zeitraum statt 300 M. nur 200 M. Gehalt, so sind die Beiträge statt in der Klasse H in der Klasse F zu leisten. Ist er während der zweiten Hälfte eines Monats beurlaubt und erhält er für die erste Hälfte

150 M. und für die zweite 100 M. Gehalt, so sind für den betreffenden Monat die Beiträge der Klasse G (12×250 = 3000) zu entrichten.

5. Eine Besonderheit gilt für die durch den Kriegsdienst verursachte Unterbrechung der Angestellten-Tätigkeit. Hier findet ohne Beitragsleistung eine Anrechnung statt, über die wir auf Anfrage Näheres mitteilen.

6. Bei der Prüfung der Frage, ob eine Beschäftigung gegen Entgelt vorliegt, ist der Nachdruck weniger auf die Benennung des Bezuges und auf die rechtliche Erscheinungsform, als auf den wirklichen Tatbestand und seinen wirtschaftlichen Inhalt zu legen. Demgemäß ist es für die Beitragspflicht nicht erforderlich, daß ein Rechtsanspruch des Versicherten gegen den Arbeitgeber auf Zahlung des Entgelts besteht. Vielmehr genügt es, wie sich aus § 2 des Gesetzes ergibt, wenn die Vergütung, oder wie die Leistung sonst auch genannt werden mag, auch nur gewohnheitsmäßig dem Angestellten gegeben wird.

7. Eine Mindestgrenze des die Versicherungspflicht begründeten Entgelts ist vom Gesetz nicht vorgesehen. Es ist aber zu berücksichtigen, daß nicht jede geringfügige Barvergütung unter den Begriff des Entgelts fällt. Namentlich wird dies bei den, den jüngeren Angestellten mehr zur Aufmunterung gewährten monatlichen Zahlungen häufig zutreffen. Daher ist in der von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und vom Rentenausschuß bisher beobachteten Rechtsübung als Grenze, bis zu der eine an jüngere Angestellte gewährte Barvergütung nicht als Arbeitsentgelt anzusehen ist, im allgemeinen der halbe Ortslohn (§§ 149, 150 RVO.) für Arbeiter desselben Geschlechts und desselben Alters angesehen worden.

8. Nach § 7 des Gesetzes ist eine Beschäftigung, für die als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt wird, versicherungsfrei. Dies gilt auch dann, wenn neben dem Unterhalt noch ein kleines Taschengeld gewährt wird. Uebersteigt aber das monatliche Taschengeld den Betrag von 10 M. und wird gleichwohl Versicherungsfreiheit behauptet, so ersuchen wir um eine Anfrage unter Darlegung der näheren Umstände des Falles.

9. Nach § 1 Absatz 3 des Gesetzes entfällt die Versicherungspflicht, wenn der Jahresarbeitsverdienst 5000 M. übersteigt.

Hiernach ist ein Angestellter, dessen Jahresarbeitsverdienst die Summe von 5000 M. gerade erreicht, noch versicherungspflichtig.

Bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes ist nur das Einkommen aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zu berücksichtigen, Einkünfte aus sonstigen Quellen bleiben hierbei außer Betracht.

10. Unter den Begriff „Entgelt" fallen zum Beispiel:

a) Gehalt oder Lohn,

b) Ueberstundengelder,

c) Provisionen,

d) Reisespesen, Reisekosten, insoweit, als sie nicht auf einen durch die geschäftliche Tätigkeit verursachten notwendigen Mehraufwand zu rechnen sind, also entweder Ausgaben im Haushalt ersparen oder in bar erspart werden, mithin einen wirtschaftlichen Vorteil des Angestellten bedeuten.

Hiernach sind von den gewährten Reisespesen die Mehrkosten, die durch die Reisetätigkeit tatsächlich entstanden sind, abzusetzen; z. B. Fahrtkosten und Trinkgelder ganz, von den Unterhaltskosten nur derjenige Teil, der ohne die Reisetätigkeit nicht hätte aufgewendet zu werden brauchen. Dieser Betrag wird für Reisende, die eine ständige Wohnung nicht unterhalten, kleiner sein als für andere Reisende; ebenso wird er für unverheiratete Reisende kleiner sein als für verheiratete.

Bei Reisenden, die „Vertrauensspesen" beziehen, kommt die Erzielung barer Ersparnisse an den Spesen nicht in Betracht. Demnach ist für sie als Entgelt nur derjenige Betrag in Ansatz zu bringen, den sie schätzungsweise dadurch ersparen, daß sie an Reisetagen den Lebensunterhalt von den Spesen, statt von ihren sonstigen Bezügen bestreiten.

e) Ausländer-Zulagen insoweit, als sie nicht auf den durch den Aufenthalt im Auslande verursachten notwendigen Mehraufwand zu rechnen sind.

f) Kleidergelder, wenn eine besondere Dienstkleidung nicht zu tragen ist, ganz, sonst insoweit sie für die Beschaffung von Dienstkleidung nicht verausgabt werden.

g) Mankogelder, und zwar in voller Höhe,

h) Gewinnanteile,

i) Gratifikationen; sie werden meist keinen Rechtsanspruch, sondern eine bestehende Gewohnheit zur Grundlage haben; eine Gewohnheit, die sich innerhalb der betreffenden Branche oder innerhalb des betreffenden Betriebes herausgebildet hat, genügt; wird einem Angestellten gekündigt, so daß die Aussicht auf die am Ende des Geschäftsjahres zu zahlende Gratifikation wegfällt, so ist von der Kündigung ab die Gratifikation bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes und der monatlich festzustellenden Gehaltsklasse außer Ansatz zu lassen; infolgedessen kann ein Angestellter unter Umständen in eine niedrigere Gehaltsklasse kommen, oder — wenn er versicherungsfrei war, weil sein Jahresarbeitsverdienst 5000 M. überstieg — versicherungspflichtig werden; die vor der Kündigung zuviel gezahlten Beiträge können aber nicht zurückgefordert werden, auch hat der Eintritt der Versicherungspflicht keine rückwirkende Kraft.

k) Diejenigen Beträge, die nach dem Dienstvertrage außer dem, dem Angestellten selbst zustehenden Entgelt an die für den Arbeitgeber nicht tätige Ehefrau des Angestellten zu zahlen sind. Es ist also der vom Arbeitgeber an beide Eheleute gezahlte Gesamtbetrag als Entgelt des angestellten Ehemannes anzusehen.

Ist dagegen die Ehefrau gleichfalls für den Arbeitgeber tätig, so ist, wenn der Gesamt-Entgelt an den Ehemann gezahlt wird, bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes des Ehemannes derjenige Teil des Gesamt-Entgelts abzusetzen, der auf die Arbeitsleistung der Ehefrau entfällt.

l) Schulden-Tilgungsbeträge, die für die Leistung des Angestellten mit seinem Einverständnis unmittelbar an Dritte entrichtet werden.

m) Beträge, die der Arbeitgeber dem SpargutHaben des Angestellten gutschreibt.

n) Die Prämien für eine Lebensversicherung des Angestellten, welche vom Arbeitgeber gezahlt werden, wenn die Versicherung derart abgeschlossen ist, daß dem Angestellten aus dem Versicherungsvertrag ein unmittelbares Recht auf die Versicherungsleistung zusteht; das Gleiche gilt für die vom Arbeitgeber zu den Prämien geleisteten Zuschüsse.

o) Arbeitnehmer-Beiträge zur Kranken-, In-

validen- und Angestellten-Versicherung, deren Leistung vom Arbeitgeber freiwillig übernommen wird; wird aber dadurch, daß die Arbeitnehmer-Beiträge zur Angestelltenversicherung dem sonstigen Jahresarbeitsverdienst hinzugerechnet werden, der Betrag von 5000 Mark überschritten, so unterliegt der Angestellte gleichwohl mit einem Gehalte von 5000 M. der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

p) Der Wert der dem Angestellten gewährten freien Fahrt vom Wohnort zur Arbeitsstätte und umgekehrt.

q) Die Gebühren, auf die manche Arten von Angestellten statt fester Bezüge oder neben solchen angewiesen sind.

r) Trinkgelder.

s) Die Sachbezüge, das heißt: alles, was als Gegenstand menschlichen Gebrauchs oder Verbrauchs verwendbar oder verwertbar ist, zum Beispiel: freier Unterhalt, freie Kleidung, freie Beköstigung, freie Wohnung, Heizung oder Beleuchtung, Landnutzung, Weide, Viehfutter, Aussaat, Leistung von Spanndiensten, freie ärztliche Behandlung.

Bei der Ermittlung des Jahresarbeitsverdienstes wird der Wert der Sachbezüge gemäß § 2 Abs. 2 des Gesetzes nach Ortspreisen berechnet, die die untere Verwaltungsbehörde festsetzt. Welches die untere Verwaltungsbehörde in den einzelnen Bundesstaaten ist, teilen wir auf besondere Anfrage mit.

11. Nicht zum Jahresarbeitsverdienst gehören:

a) Pensionen,

b) Renten,

c) Kapitalzinsen,

d) Einkünfte aus Gesellschaftsanteilen,

e) Einkünfte aus einer selbständigen Unternehmer-Tätigkeit,

f) Einkünfte aus jeder anderen nicht versicherungspflichtigen Tätigkeit,

g) die Entschädigung dafür, daß der Angestellte vertragsmäßig eine bestimmte Tätigkeit nicht ausübt (Karenz-Gelder),

h) die Entschädigung für erhöhte Abnutzung von Kleidungsstücken, Schuhzeug bei Feld-, Garten-, Erd- usw. Arbeiten,

i) derjenige Teil der Vergütung, der zum Beispiel den Postagenten für Beschaffung, Heizung und Beleuchtung eines Dienstraumes gewährt wird und dafür erforderlich ist.

12. Von dem gewährten Entgelt dürfen bei der Berechnung des versicherungspflichtigen Jahresarbeitsverdienstes nicht abgesetzt werden:

a) die dem Angestellten zur Last fallenden Beiträge zur Kranken-, Invaliden- und Angestellten-Versicherung,

b) das Fahrgeld für die Fahrten zu und von der Arbeitsstätte.

13. Wird einem erkrankten Angestellten das Krankengeld auf seinen Entgelt angerechnet, so ist der verbleibende Restbetrag als derjenige Arbeitsverdienst anzusehen, von dem Beiträge zu entrichten sind; verbleibt kein Restbetrag, so sind auch keine Beiträge zu entrichten.

14. Unerheblich ist, ob dem Angestellten wegen einer Gegenforderung des Arbeitgebers (z. B., weil der Angestellte sich einer Veruntreuung schuldig oder sonst schadensersatzpflichtig gemacht hat) das Gehalt ganz oder teilweise nicht ausgezahlt wird.

15. Eine für die Zukunft in Aussicht gestellte Erhöhung des Entgelts bleibt außer Betracht.

Wird der Entgelt mit rückwirkender Kraft erhöht, so sind die dadurch etwa erhöhten Beiträge auch für die Vergangenheit nachzuzahlen. Wird er aber auf über 5000 M. erhöht, so besteht die Versicherungsfreiheit erst für die Zukunft.

16. a) Für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes bestimmt § 17 des Gesetzes folgendes:

Soweit das Gehalt in bar, aber nicht jährlich, gezahlt wird, gilt als Jahresarbeitsverdienst für die Zugehörigkeit zu den Gehaltsklassen

bei wöchentlicher Zahlung das 52fache,
bei monatlicher Zahlung das 12fache,
bei vierteljährlicher Zahlung das 4fache

des gezahlten Betrags. Bei der Berechnung von Gewinnanteilen und ähnlichen Bezügen, die ihrem Betrage nach nicht feststehen, wird der Betrag des letzten Jahres zu Grunde gelegt, für das dem Versicherten die Bezüge zugeflossen sind. Sind ihm bei der Fälligkeit des Monatsbeitrags aus der gegenwärtigen versicherungspflichtigen Beschäftigung Bezüge dieser Art noch nicht gezahlt, so gilt für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes das in bar gewährte Gehalt.

b) Wird Tagelohn gewährt, so ist bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes das Dreihundertfache (und bei der Berechnung des Monatsarbeitsverdienstes das Fünfundzwanzigfache) des Durchschnittstagelohns zu Grunde zu legen. Dies gilt jedoch nur dann, wenn für Sonn- und Feiertage kein Tagelohn gewährt wird. Andernfalls ist das Dreihundertfünfundsechzigfache des Durchschnittstagelohns maßgebend.

c) Sonst ist bei kürzerer als monatlicher Gehaltszahlung mit wechselnder Höhe der Bezüge als Jahresarbeitsverdienst der zwölffache Betrag des in dem betreffenden Monat tatsächlich verdienten Entgelts maßgebend. Gemäß § 178 Abs. 2 des Gesetzes ist der Abzug der dem Angestellten zur Last fallenden Beitragshälfte auf die Gehaltszeiten gleichmäßig zu verteilen, und die Teilbeträge sind auf volle zehn Pfennige aufzurunden. Läßt sich eine solche Verteilung nicht mit Sicherheit durchführen, so empfiehlt es sich, dem Angestellten bei jeder Lohnzahlung 4 Prozent zu kürzen. Da die gesetzliche Beitragshälfte nicht ganz 4 Prozent beträgt, so ergibt sich ein kleiner Ueberschuß, der aber leicht bei der nächsten Gelegenheit ausgeglichen werden kann.

d) Ueberstundengelder werden in der Weise berücksichtigt, daß das gesamte Monats-Ergebnis dem sonstigen Entgelt des Monats hinzugerechnet wird. Das Zwölffache der Summe ist dann der für den betreffenden Monat maßgebende Jahresarbeitsverdienst.

e) Gratifikationen, die ziffernmäßig in bestimmter Höhe im voraus zugesichert sind, sind mit dem Betrage des laufenden Geschäftsjahres anzusetzen. Erhält z. B. ein Angestellter monatlich 200 M. Gehalt und ist ihm eine feste Gratifikation von 150 M. zu Weihnachten zugesagt, so ist er das ganze Jahr hindurch mit einem Jahresarbeitsverdienst von 2550 M. in der Klasse G zu versichern.

Garantierte Mindestbeträge ungewisser Bezüge (vgl. unten Abschnitt g) gelten gleichfalls als festes Gehalt.

f) Als letztes Jahr im Sinne des zweiten Satzes des § 17 gilt das Geschäftsjahr, und zwar dasjenige Geschäftsjahr, für das die Beträge feststehen.

g) Provisionen, Spesen (insoweit sie als Jahresarbeitsverdienst gelten, vergleiche Abschnitt 10 d) Gewinnanteile, nicht ziffernmäßig im voraus

feststehende Gratifikationen und ähnliche ungewisse Bezüge sind gemäß § 17 Satz 2 des Gesetzes in derjenigen Höhe anzusetzen, in der sie dem Versicherten im letzten Geschäftsjahr zugeflossen sind. War der Angestellte noch kein volles Geschäftsjahr bei demselben Arbeitgeber auf solche Bezüge oder auf Gehalt nebst solchen Bezügen angestellt, so wird:

aa) wenn er nur auf ungewisse Bezüge angewiesen ist, das ganze laufende Geschäftsjahr hindurch ihr mutmaßlicher, durch Schätzung zu ermittelnder Gesamtbetrag im laufenden Geschäftsjahr angesetzt;

bb) erhält der Angestellte dagegen neben ungewissen Bezügen noch festes Gehalt, so kommt bis zur erstmaligen Gewährung der ungewissen Bezüge nur das feste Gehalt zum Ansatz, und von da ab neben dem festen Gehalt der durch Schätzung zu ermittelnde mutmaßliche Gesamtbetrag der ungewissen Bezüge im laufenden Geschäftsjahr.

Ueber diese Schätzung setzt sich der Arbeitgeber zweckmäßig mit dem Angestellten ins Einvernehmen. Zuweilen wird es sich empfehlen, daß der bisher bekannte Verdienst zu Grunde gelegt und angenommen wird, daß der Angestellte im Reste des laufenden Geschäftsjahres den entsprechenden Verdienst haben wird. In anderen Fällen gibt der Verdienst der Vorgänger oder Mitangestellten einen Anhalt.

Bei ungewissen Bezügen wird es häufiger als beim festen Gehalt vorkommen, daß ein Angestellter bald versicherungsfrei und bald versicherungspflichtig ist, je nachdem die Gesamtsumme seines Jahresarbeitsverdienstes 5000 M. übersteigt oder nicht. Daher empfiehlt es sich, daß die Angestellten, deren Jahresarbeitsverdienst sich in der Nähe der 5000-Mark-Grenze hält, in den versicherungsfreien Zeiten freiwillig weiter versichern. Diese Fortsetzung der Versicherung kann in der niedrigsten Gehaltsklasse erfolgen, deren Monatsbeitrag sich auf 1,60 M. beläuft.

h) Bei sogenannten Saison-Angestellten, die ihr Gehalt nicht jährlich, sondern in kürzeren Zwischenräumen erhalten, aber nur für einen Teil des Jahres Gehalt beziehen, insbesondere z. B. bei Schauspielern, berechnet sich der Jahresarbeitsverdienst zur Feststellung der Versicherungspflicht in den verschiedenen Abschnitten des Jahres nach dem wirklichen Einkommen, das der Betreffende in dem Kalenderjahre hat, soweit es sich im Augenblick der Prüfung der Versicherungspflicht feststellen läßt. Demnach kommen im Anfang des Kalenderjahres während der Dauer des Winterengagements für Schauspieler, die bereits ein Sommerengagement und ein Engagement für den folgenden Winter besitzen, auch diese Engagements, soweit sie in das laufende Kalenderjahr fallen, in Betracht, dagegen für solche, die noch nicht für den Sommer und den folgenden Winter engagiert sind, nur der in das Kalenderjahr fallende Teil des laufenden Winterengagements. Im Laufe des Sommerengagements kommt sowohl dieses als auch der in das Kalenderjahr fallende Teil des abgelaufenen Winterengagements sowie, wenn ein Engagement für den folgenden Winter bereits abgeschlossen ist, auch dieses bis zum Ablauf des Kalenderjahres zum Ansatz.

Dagegen ist für die Beitragsentrichtung der Jahresarbeitsverdienst nach § 17 Satz 1 zu berechnen, das heißt: er beträgt das Zwölffache der jeweiligen Monatsgage. Ergibt sich hiernach ein Jahresarbeitsverdienst von mehr als 5000 Mark, so gehört der Angestellte, wenn er nach dem vorhergehenden Absatz versicherungspflichtig ist, zur höchsten Gehaltsklasse J. Bezieht zum Beispiel ein Schauspieler für sechs Monate eine Monatsgage von 300 Mark, so sind für ihn die Beiträge der einem Jahresarbeitsverdienst von 12×300 M. = 3600 M. entsprechenden Klasse H (3000 bis 4000 M.) zu entrichten, obwohl sein tatsächlicher Jahresarbeitsverdienst nur 1800 M. (Klasse E) beträgt. Erhält er in den Wintermonaten je 500 Mark, in den Sommermonaten je 100 M., so sind im Winter die Beiträge der Klasse J, im Sommer die der Klasse D (1150 bis 1500 M.) zu entrichten.

i) Einer Neuberechnung des nach den Ausführungen zu a bis h ermittelten Jahresarbeitsverdienstes bedarf es nur bei einer im Laufe des Jahres eintretenden Veränderung des Entgelts. In diesem Falle ist von der darauf folgenden ersten Beitragsleistung ab die veränderte Vergütung der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde zu legen.

Ueber die Ersatzkassen im Kriege

schreibt die „Soziale Praxis“ (1916 Nr. 30) folgendes:

Das Versagen der Ersatzkassen während des Krieges tritt, je länger der Krieg dauert, desto schärfer in die Erscheinung. Was vorher ihre Stärke ausmachte, ein Mitgliederbestand, der sich lediglich aus guten Risiken, gesunden, jungen männlichen Personen zusammensetzt, ist jetzt Ursache einer besonders ungünstigen Gestaltung ihrer wirtschaftlichen Lage. Bei keiner Kassenart macht sich die verminderte Beitragseinnahme infolge der zahlreichen Einberufungen zum Heeresdienst so stark bemerkbar, wie bei den Ersatzkassen. Diese Mindereinnahmen suchten sie dadurch auszugleichen, daß sie ihre Leistungen an die Kriegsteilnehmer nach Möglichkeit einschränkten. Zunächst fochten sie die ihnen aus § 214 RVO. entstehenden Verpflichtungen an, ein Standpunkt, der allerdings durch ein neuerliches Rundschreiben des Kaiserlichen Aufsichtsamts für Privatversicherung als unzulässig bezeichnet ist. Unter Bezugnahme auf die Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 28. Juni 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 661) wird darin den Kassen nahegelegt, die Ansprüche der Kriegsteilnehmer innerhalb der ersten drei Wochen nach Ausscheiden aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuerkennen, selbst für den Fall, daß die Vorschrift des § 214 nicht ausdrücklich in die Satzung oder in die Versicherungsbedingungen der Kasse aufgenommen sind.

Mit besserem Erfolge vermochten sich die Kassen gegen die hohen Ausgaben zu schützen, die eine Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer verursacht hätte. Satzungsgemäß scheiden die Kriegsteilnehmer entweder mit dem Tage ihres Eintritts in das Heer aus oder ihre Rechte und Pflichten ruhen während der Ausübung der Wehrpflicht; hier und da hat auch der Vorstand das Recht, Mitglieder, die in den Heeresdienst eintreten, aus der Kasse auszuschließen. Eine einzige Kasse gewährt den weiterversicherten Mitgliedern die Leistungen weiter, aber auch sie sieht eine Satzungsänderung vor, durch die die Weiterversicherung unmöglich gemacht wird. Eine Kasse

ermäßigt den Mitgliedsbeitrag der Kriegsteilnehmer auf ein Drittel, gewährt dafür aber nur Sterbegeld. All diese Vorsichtsmaßregeln vermochten aber nicht immer die Kassen geldlich gesund zu erhalten. So sah sich die Kranken- und Sterbekasse der deutschen Versicherungsbeamten in München schon nach mehrmonatiger Dauer des Krieges genötigt, einen einmaligen Sonderbeitrag in Höhe von 7 ordentlichen Monatsbeiträgen zu erheben. Trotzdem geriet sie Ende 1915 in Konkurs, der voraussichtlich erhebliche Nachschüsse der Mitglieder erfordern wird. Wenn auch selbstverständlich nicht überall so unerfreuliche Verhältnisse obwalten, so leiden doch die Ersatzkassen, trotzdem ein Teil ihrer Leistungen an die Zwangskassen übergegangen ist, augensichtlich schwerer unter den Kriegsfolgen, als diese letzteren, und von angesehenen Kassenpraktikern werden auch ihre Zukunftsaussichten wenig günstig beurteilt.

Aus dem Bericht der Einigungskommission Hamburgischer Aerzte und Krankenkassen für 1913 bis 1915.

Ende 1912 schlossen sich hamburgische Krankenkassen und hamburgische Aerzte unter Vorsitz eines Unparteiischen zu einer Kommission, die den Namen „Einigungskommission hamburgischer Aerzte und Krankenkassen" erhielt, zusammen, um dauernd friedliche Beziehungen zwischen Krankenkassen und Aerzten herzustellen und zu pflegen. (Näheres in Arb.Vers. 1913 S. 126.) Die Kommission setzt sich zusammen aus dem Unparteiischen als Vorsitzenden, vier Kassen-Vorstandsmitgliedern und je vier Kassenärzten der beiden Arztsysteme. Außerdem erhielt die jeweilig beteiligte Krankenkasse für die von ihr zu verwaltenden Kassen das Recht, einen Vertreter in die Kommission, sobald es sich um Wahlaufsätze für die betreffende Kasse handelte, zu entsenden. Die beteiligten Krankenkassen und Aerzte unterwarfen sich allen Maßnahmen und Entscheidungen der Kommission freiwillig und endgültig.

Zur Zeit gehören der Einigungskommission 38 Krankenkassen an. Es wurden 114 Kassenarzt-, 22 Facharzt-, 9 Zahnarztstellen vergeben. Es wurde eine Vertrauensarztstelle geschaffen, deren Tätigkeit in der Zeit vom 15. Juni 1914 bis Ende 1915 in 3450 Fällen in Anspruch genommen wurde. Mit Ausbruch des Krieges wurde der Vertrauensarzt eingezogen. Zwei nicht an Kassen beteiligte Aerzte stellten sich in dankenswerter Weise bereitwilligst zur Verfügung und haben täglich den anstrengenden Dienst im Interesse der Sache mit großer Aufopferung geleistet.

Aus den in dem Berichte mitgeteilten Tabellen ist zu ersehen, daß die Vertrauensarztstelle nicht dazu dient, die Kranken nach Möglichkeit gesund zu schreiben, im Gegenteil, sie hat sich in vielen Fällen als Stütze für den Kassenarzt, für die Kasse und für den Kranken bewährt.

Eine genaue Kartotek liegt über jeden einzelnen Fall vor, sie wird stets ausgebaut und fortgeführt und wird nach Jahren ein wertvolles Material für die Kassen abgeben. Sie hat ferner das Gute, daß bei Differenzen zwischen Kranken und seiner Kasse ein einwandfreies Untersuchungsergebnis festgelegt ist, was nach Monaten, sollte der Fall noch Weiterungen nach sich ziehen, dem Versicherungsamt eine gute und sichere Unterlage abgibt. Klagen sind nie laut geworden, wohl aber Bestätigungen von seiten der Kassen, daß sie und die Kranken sehr wohl mit der Untersuchung und Beurteilung zufrieden sind.

Ein wichtiges Arbeitsgebiet wurde in der Einigungskommission vorbereitet, die Einrichtung einer Fürsorgestelle für fortlaufende Kontrolle der Geschlechtskrankheiten. Auf Anregung von Geheimrat Bielefeld, Lübeck, wurden die Grundzüge einer großen Organisation für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und ihrer Spätererscheinungen eingehend mit den Vertretern der Kassen und später den Spezialärzten und den Kassen durchberaten und die Einführung beschlossen. Der erste Schritt dazu wurde in der Einigungskommission getan. Die Einrichtung hat sich so gut bewährt, daß die Landesversicherungsanstalten jetzt im ganzen Reich an der Arbeit sind, das Hamburger System für die Allgemeinheit zu organisieren. (Näheres in Arb.Vers. 1916 Heft 6 S. 140.) Die Kassen haben weitblickend ihren Vorteil für die Zukunft eingesehen und die Versicherungsanstalten haben sich der Pflicht in erster Linie für den Ausbau zu sorgen, nicht entzogen.

Geburtenrückgang und Beamtenbesoldung.

Die „Arbeitsgemeinschaft der mittleren Post- und Telegraphenbeamten-Verbände" hat in der Frage der Beamtenbesoldung folgende Entschließung gefaßt:

Die „Arbeitsgemeinschaft der mittleren Post- und Telegraphenbeamten-Verbände" tritt den in Parlament und Presse hervorgetretenen Bestrebungen auf Bevorzugung kinderreicher Beamten in bezug auf Anstellung, Beförderung, Urlaub usw. entschieden entgegen, sie steht auch einer etwaigen grundsätzlichen Aenderung des bisherigen staatlichen Besoldungssystems durch Berücksichtigung des Familienstandes durchaus ablehnend gegenüber. In Würdigung der schweren wirtschaftlichen Bedrängnis indessen, in die kinderreiche Beamte angesichts der nicht auf den Unterhalt starker Familien berechneten festen Besoldung zu geraten pflegen, sowie in der Erwägung, daß aus bevölkerungspolitischen Gründen dem Geburtenrückgang nachdrücklich entgegenzuarbeiten ist, der sich nach dem Ergebnisse statistischer Ermittelungen im Beamtenstand am stärksten fühlbar macht und im wesentlichen in der Sorge um den Unterhalt und die Erziehung einer zahlreichen Nachkommenschaft seinen Ursprung hat, erklärt sich die Arbeitsgemeinschaft mit der Bewilligung von Kinderzulagen an Beamte einverstanden, sofern die Art ihrer Gewährung deutlich erkennen läßt, daß es sich nicht um eine Maßnahme staatlicher Besoldungspolitik, sondern staatlicher Bevölkerungspolitik handelt und die Gewähr gegeben ist, daß die Kinderzulagen auf die Bemessung der ruhegehaltsberechtigenden Besoldung keinen ungünstigen Einfluß ausüben. —

Wir verweisen auf den Aufsatz von Seelmann in Heft 4 und 5 der Arb.Vers., besonders auf die Ausführungen S. 104, 105.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Porto für Uebersendung der Beitragsrechnung.

1. Nach Berlin-Friedenau. Antwort: Die Portokosten für Uebersendung der Beitragsrechnung an den Arbeitgeber gehören zu den Verwaltungskosten, die der Kasse zur Last fallen, nicht zu den Kosten der Zahlung, die der Arbeitgeber zu tragen hat, wenn er die Beiträge nicht an der Zahlstelle einzahlt. Wenn aber die Rechnung als Erinnerung an die bereits eingetretene Fälligkeit der Beiträge dient, so ist dem Arbeitgeber dringend zu empfehlen, sich mit der Portobelastung abzufinden. Das liegt in seinem eigenen Interesse, denn die Kasse ist zu solcher Erinnerung nicht verpflichtet und würde in künftigen Fällen sofort zur Beitreibung auf Kosten des Arbeitgebers schreiten.

a) Einführung neuer Kassenleistungen während des Krieges. b) Verlassen der Arbeit behufs Aufsuchung des Arztes.

2. Nach Bretten. Antwort: a) Nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes vom 4. August 1914 sind für die Dauer des Krieges die Leistungen der Krankenkassen auf die Regelleistungen und die Beiträge auf 4½ % des Grundlohns festgesetzt. Nach Abs. 2 kann das Versicherungsamt auf Antrag des Vorstandes verfügen, daß niedrigere Beiträge erhoben oder höhere Leistungen gewährt werden, wenn die Leistungsfähigkeit der Kasse gesichert ist. Diese Anordnung tritt dann ohne Satzungsänderung an die Stelle der gesetzlichen Regelung nach Abs. 1 (Begr. S. 4; Hahn in Arb.Vers. 1914 S. 571, Hoffmann „Die Kriegsgesetze für die Krankenversicherung" S. 13 Anm. 5). Für die Dauer des Krieges bedarf es daher zu einer Abweichung von dem durch Abs. 1 bestimmten gesetzlichen Zustande nur eines Antrags des Vorstandes und einer ihm entsprechenden Anordnung des Versicherungsamts, nicht einer Satzungsänderung und folglich auch nicht der Mitwirkung des Vorstandes. Einen Unterschied in der Richtung, ob die einzuführende Mehrleistung (im vorliegenden Falle die Erhöhung des Krankengeldes auf 60 % des Grundlohns) vor dem Kriege bei der Kasse gegolten hatte oder nicht, macht das Gesetz nicht.

b) Eine gesetzliche Vorschrift, „daß der Unternehmer den Arbeiter während der Arbeitszeit in die Sprechstunde des Arztes gehen zu lassen habe", besteht nicht. Aber aus § 616 BGB. ergibt sich, daß den Arbeitnehmer, wenn er sich zu dem bezeichneten Zwecke von der Arbeit entfernt, der Regel nach ein Rechtsnachteil nicht treffen kann.

Zugehörigkeit eines auswärtigen Betriebs zur Innungskrankenkasse?

3. Nach Wilhelmshaven. Antwort: Bei Erteilung der Auskunft im Heft 13 S. 309 Ziff. 4 war uns nicht bekannt, daß schon eine Entscheidung des Versicherungsamts vorliegt. Diese uns jetzt von Ihnen mitgeteilte Entscheidung stimmt im Ergebnis und im wesentlichen auch in der Begründung mit unserer Auskunft überein, und die aus ihr ersichtlichen, näheren tatsächlichen Verhältnisse rechtfertigen die Entscheidung, wie unsere Auskunft, nur umso mehr.

Gehören die Angestellten einer mit einem Bergwerk verbundenen Verkaufsanstalt zur knappschaftlichen Krankenkasse?

4. Nach Forbach. Frage: Eine Bergwerksgesellschaft innerhalb des Kassenbezirks hat für ihre Arbeiter und Angestellten eine Knappschaftskasse. Genannte Gesellschaft unterhält nebenher verschiedene Konsumanstalten. Der Verkauf in diesen erstreckt sich nicht nur auf die Arbeiter und Beamten der Bergwerke, sondern es wird ohne Unterschied auch an fremde Abnehmer verkauft. Sämtliche Angestellten in diesen Verkaufsanstalten gehören der Knappschaftskasse an. Wir hielten, gestützt auf die Tatsache, daß der Verkauf an jedermann stattfände, für diese Beschäftigten nur die Allgemeine Ortskrankenkasse zuständig für die Krankenversicherung. Seitens der Bergwerksgesellschaft erhielten wir zur Antwort, daß sie unsere Auffassung nicht teile. Ihre Ansicht stütze sich auf die §§ 142 bis 144 des Berggesetzes für Elsaß-Lothringen vom 16. Dezember 1873 und den § 502 RVO. Die Konsumanstalten bildeten keine Genossenschaften, sondern seien eine der Wohlfahrtseinrichtungen des Werkes, würden auch direkt von den Eigentümern verwaltet. Es bestände nirgends eine Vorschrift, daß die Waren nur an die bei der Gesellschaft beschäftigten Angestellten und Arbeiter verkauft werden dürften, so daß durchaus keine Bedenken beständen, auch an fremde Abnehmer zu verkaufen. Welche Auffassung ist richtig?

Antwort: Nach den §§ 142 bis 144 des Bergges. für Elsaß-Lothringen gehören dem Knappschaftsvereine kraft Gesetzes die Bergwerke und Aufbereitungsanstalten an, während beitrittsberechtigt sind: „die mit Bergwerken verbundenen Gewerbsanlagen, die Hüttenwerke, die Salinen, Tagebaue auf Eisenerze und Steinbrüche." Ueberall handelt es sich hier nur um Produktionsbetriebe, die nach ihrer Eigenart den eigentlichen Bergwerksbetrieben mindestens nahe stehen. In diesem Sinne müssen die „mit Bergwerken verbundenen

Gewerbsanlagen“ verstanden werden (zu vgl. Schlüter-Hense Anm. II zu § 1 des preuß. Knappsch.Ges.). Die in Frage stehenden Verkaufsanstalten mögen vielleicht im Sinne der Unfallversicherung als Nebenbetriebe des Werkes anzusehen sein (zu vgl. die Entscheidungen in Arb.Vers. 1914 S. 593, 667), obgleich auch dies wegen der Erstreckung des Verkaufs auf betriebsfremde Personen zweifelhaft ist. Keinesfalls halten wir sie für Gewerbsanlagen im Sinne des § 144 des Berggesetzes. Daher dürfen nach unserer Auffassung die Angestellten dieser Anstalten nicht der knappschaftlichen Krankenkasse angehören. Sind sie aber dennoch aufgenommen, so können sie freilich nicht gleichzeitig Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse sein (§ 225 Abs. 2, § 312 RVO.). Eine Möglichkeit, den Streit hierüber nach der RVO. auszutragen besteht nicht, sondern der Ortskrankenkasse bleibt nur der Weg übrig, die Aufsichtsbehörde des Knappschaftsvereins anzurufen, damit sie dem ungesetzlichen Zustand ein Ende mache (zu vgl. Arb.Vers. 1909 S. 316 Ziff. 15).

Niederschlagung von Kassenbeiträgen aus § 397 Abs. 1 RVO.

5. **Nach Berlin.** Antwort: Die 75jährige Frau, deren berufener Beistand (ihr Sohn) infolge des Krieges von dem gemeinsamen Haushalt ferngehalten war, hat in einem nach den Umständen gewiß entschuldbaren Irrtum gehandelt, wenn sie sich beim Wechsel ihres Dienstmädchens damit begnügte, die Beiträge wie bisher weiterzuzahlen, die Abmeldung des einen und die Anmeldung des anderen Mädchens aber unterließ. Sie mochte meinen, daß es (wie bei den Krankenversicherungsvereinen für Dienstboten) nicht auf die Anmeldung eines nach Namen usw. bestimmten, sondern nur auf die Anmeldung „eines“ Dienstmädchens ankomme. An sich ist das freilich für die Anwendung des § 397 Abs. 1 RVO., der ein Verschulden des Arbeitgebers bei Unterlassung der Abmeldung nicht voraussetzt, ohne Bedeutung; die Kasse kann daher für die Zeit vom Antritt des neuen Dienstmädchens die Beiträge für dieses und außerdem auf Grund des § 397 Abs. 1 noch gleiche Beiträge für das abgegangene und nicht abgemeldete Dienstmädchen fordern, aber wir halten es nicht für richtig, daß sie nicht befugt sei, aus Billigkeitsgründen, die sich im vorliegenden Falle geradezu aufdrängen, den Anspruch aus § 397 Abs. 1 niederzuschlagen. Zu vgl. Arb.Vers. 1915 S. 790 Ziff. 3.

Zum Ausschluß der Revision gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts.

6. **Nach Stade.** Antwort: Wenn das Zahnleiden, das die Notwendigkeit von Plomben veranlaßte, das Mitglied nicht arbeitsunfähig gemacht hat, wie wir annehmen, so ist in dem Streite um die Gewährung von Plomben die Revision gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts in der Tat gemäß § 1695 Ziff. 2 ausgeschlossen.

Krankenhauspflege für Lehrlinge ohne Entgelt.

7. **Nach Emmerich.** Antwort: Auch für den ohne Entgelt beschäftigten Lehrling, der keinen Anspruch auf Krankengeld hat, muß die Kasse die vollen Kosten der Krankenhauspflege bezahlen, wenn sie sich für diese entscheidet. Sie kann von ihm nicht verlangen, daß er ein Krankenhaus aufsuche und die Kosten seines Unterhalts in diesem selbst trage.

Krankenversicherungspflicht des Sohnes als Lehrling des Vaters.

8. **S. i. B.** Antwort: Stier-Somlo (Kommentar zur RVO. I S. 266 unten) meint: Für die bei ihren Eltern beschäftigten Lehrlinge hänge die Versicherungspflicht davon ab, ob nach Lage der Umstände „Lohnarbeit“ angenommen werden könne. Das ist falsch, weil bei Lehrlingen die Versicherungspflicht nicht durch Beschäftigung „gegen Entgelt“ bedingt ist. Ein Lehrlingsverhältnis zwischen Vater und Sohn ist in allen Fällen anzunehmen, in denen der Sohn nicht nur auf Grund seiner familienrechtlichen Pflicht zur Unterstützung des Vaters, sondern in der Hauptsache zum Zwecke seiner Unterweisung im Gewerbe beschäftigt wird. Ob zu diesem Zwecke ein förmlicher Lehrvertrag geschlossen ist — was gewerberechtlich auch im Verhältnis zwischen Vater und Sohn für erforderlich erachtet wird (vgl. Erlaß des preuß. Handelsmin. v. 24. März 1903, HMBl. S. 126, Reger 23 S. 412) — kommt versicherungsrechtlich nicht in Betracht. Der Vater ist also, unter jener Voraussetzung und sofern er nicht Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 174 RVO. beantragt, zur Anmeldung aufzufordern. Bestreitet er seine Verpflichtung, so ist das Versicherungsamt nach § 405 Abs. 2 RVO. anzurufen. Bestehen von vornherein Zweifel, ob jene Voraussetzung der Versicherungspflicht vorliegt, so kann die Kasse auch außerhalb eines Streitverfahrens das Versicherungsamt um Erhebungen ersuchen (§ 115).

Herstellung von Zahnplomben ohne besondere Bewilligung der Kasse.

9. **Nach Lichtentanne.** Antwort: An sich ist der Dentist nicht befugt, den von der Kasse für eine Plombe ausgestellten Krankenschein auf 4 Plomben abzuändern. Indessen wenn auch die andern drei notwendig waren, um einer bestehenden Zahnkrankheit (Karies) Einhalt zu tun, so muß die Kasse auch sie bezahlen. Denn soweit das Plombieren dem Heilzwecke dient, gehört es zu der notwendigen ärztlichen Behandlung, die von der Kasse zu gewähren ist. Einer besonderen Bewilligung der Plomben durch die Kasse bedarf es in solchen Fällen nicht.

Kein Anspruch aus § 214 RVO. bei Aufenthalt im besetzten Feindesland.

10. **Nach M. a. M.** Antwort: Wir setzen voraus, daß der Ort K. in Russisch-Polen, also im Ausland liegt. Unter dieser Voraussetzung kann die Arbeiterin gemäß § 214 Abs. 3 RVO. keine Krankenhilfe beanspruchen, falls diese nicht etwa nach ausdrücklicher Satzungsvorschrift auch bei Aufenthalt im Ausland zu gewähren ist. Auch das besetzte Gebiet Rußlands gilt als Ausland im Sinne der Krankenversicherung.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde Potsdamer Straße 64
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1138 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. Juni 1916 | Heft 16

Einiges über die Pflicht der Krankenkassen zur Bereitstellung ärztlicher Behandlung.

Von Dr. jur. Emil Rosenberg in Landau.

I. Nach § 182 RVO. haben die die Krankenkassen ihren Mitgliedern im Falle der Erkrankung Krankenhilfe zu gewähren. Dieser Verpflichtung könnte an sich entweder dadurch genügt werden, daß die Kasse den Versicherten selbst die Beschaffung der ärztlichen Hilfe überläßt und die ihnen entstehenden Auslagen übernimmt oder aber dadurch, daß sie gewisse Aerzte vertraglich zur kostenlosen Behandlung der Versicherten verpflichtet. Das Reichsversicherungsamt hat durch grundsätzliche Entscheidung 1808 vom 6. Dezember 1913 ausgesprochen, daß die Kassen den ersten Weg nicht beschreiten dürfen, sondern mit Aerzten oder ärztlichen Vereinigungen in vertragliche Beziehungen treten müssen (Amtl. Nachr. 1914 S. 379, Arb.Vers. 1914 S. 450). Die Gründe der Entscheidung sind kurz folgende: Einmal bestehe für Aerzte kein allgemeiner Behandlungszwang, sie seien somit in der Lage die Behandlung von „Kassenpatienten" abzulehnen und daher könne bei einem vertragslosen Zustande die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder gefährdet werden. Sodann seien die Leistungen der Krankenversicherung in der Art darzureichen, wie das Gesetz es vorschreibe. Es sei unzulässig anstelle der im Gesetz bestimmten Sachleistungen Barleistungen oder anstelle der Barleistungen Sachleistungen zu setzen. Dies gelte insbesondere für die ärztliche Behandlung, welche den Versicherten als ein Teil der Krankenpflege nach § 182 Nr. 1 RVO. zu gewähren sei. Diese Behandlung sei in Natur zu leisten. § 368 RVO. setze das Bestehen vertraglicher Beziehungen zwischen Kassen und Aerzten als selbstverständlich voraus.

II. Die Frage, wie viel Aerzte die Kasse ihren Mitgliedern zur Verfügung halten muß, beantwortet § 369 Satz 1 RVO. Aus dieser Vorschrift ist zu entnehmen, daß sie mindestens zwei Aerzte bestellen soll. Doch handelt es sich um nachgiebiges Recht. Die Kasse genügt in der Regel, d. h. abgesehen von den Ausnahmefällen der §§ 370, 372 RVO., ihrer Verpflichtung, wenn sie lediglich einen Arzt bestellt. Hat sie mit mehreren Aerzten Verträge geschlossen, so braucht sie, wie gleichfalls die nachgiebige Natur des § 369 Satz 1 ergibt, die Wahl unter diesen nicht freizulassen. So kann sie anordnen, der Arzt A dürfe nur im Januar, der Arzt B. nur im Februar angegangen werden. Sie kann die beliebigsten Beschränkungen treffen, sofern sie nur einen Arzt freigibt. Freilich verliert das Beschränkungsrecht durch § 369 Satz 2 erheblich an Bedeutung. Denn nach der zwingenden Vorschrift dieses Satzes steht dem Versicherten die Auswahl unter sämtlichen

Kassenärzten frei, wenn er die Mehrkosten übernimmt, welche dadurch entstehen, daß er den in erster Linie zuständigen Arzt umgeht.

Muß nun der eine Arzt, den die Kasse den Versicherten jedenfalls zur Verfügung zu stellen hat, so allgemein bezeichnet werden, daß er von jedem ohne weiteres aufgesucht werden kann, oder darf die Kasse in ihrer Satzung erklären, sie werde in jedem einzelnen Erkrankungsfall dem Versicherten auf Verlangen den Arzt nennen, an den er sich zu wenden habe? Ein solcher Ausschluß des Wahlrechts wäre sowohl mit Satz 1 wie mit Satz 2 des § 369 vereinbar. In Satz 1 wird außer der Bereitstellung eines Arztes nichts bindend vorgeschrieben. Was Satz 2 anlangt, so könnte man zunächst Bedenken tragen, ob die unterstellte Satzungsbestimmung die Berechnung der Mehrkosten gestatte. Wenn die Kasse von einer Mehrheit von Vertragsärzten nur einen als den bezeichnet hat, welcher den Versicherten ohne weiteres zur Verfügung steht, so sind es die Kosten dieses einen, im Verhältnis zu welchen die Kosten anderer als Mehrkosten erscheinen können. Ein derartig fester Vergleichsmaßstab ist bei Geltung der fraglichen Bestimmung nicht denkbar. Aber es stände nichts im Wege, daß der Versicherte, der von seinem Recht nach § 369 Satz 2 Gebrauch machen wollte, sich mit dem Ersuchen um Bezeichnung des zuständigen Arztes an die Kasse wendete und daß auf diese Weise von Fall zu Fall die erforderliche Vergleichsgrundlage geschaffen würde. Gleichwohl erweist sich eine solche Regelung als mit dem Gesetz unvereinbar. Für den Versicherten gilt neben der Satzung die Krankenordnung. Für den Inhalt der Satzung sind die §§ 321, 323, für den der Krankenordnung ist § 347 maßgebend. Danach darf die Satzung alle möglichen Vorschriften enthalten, nur dürfen ihre Bestimmungen nicht gegen das Gesetz und den Kassenzweck verstoßen und dürfen sich nicht mit der Meldung, Ueberwachung und dem Verhalten der Kranken befassen, Gegenstände, die vielmehr der Krankenordnung zur ausschließlichen Regelung überwiesen sind. Die Krankenordnung kann daher vorschreiben und schreibt regelmäßig vor, daß jedes Mitglied beim Beginne einer Erkrankung sich (bei Vermeidung einer Ordnungsstrafe) bei der Kasse zu melden habe. Wollte die Kasse in ihre Satzung eine solche Vorschrift aufnehmen, (deren Verletzung mit dem Verlust des Anspruchs geahndet würde), so würde sie gegen das Gesetz verstoßen. Nun wäre aber eine Satzungsbestimmung, welche der Kasse die Bezeichnung des Arztes im Einzelfalle vorbehielte, zugleich ein Befehl an den Versicherten sich im Falle der Erkrankung bei der Kasse zu melden. Daraus ergibt sich ihre Ungültigkeit.

Muß die Arztfrage in der Satzung erschöpfend geregelt sein? Diese Frage ist grundsätzlich zu bejahen. Denn nach § 321 Nr. 2 RVO. ist es die Satzung, die über Art und Umfang der Leistung bestimmt. Will daher z. B. angeordnet werden, daß Schwerkranke unter den Kassenärzten frei wählen können, während leichter Erkrankte, die zum Gehen fähig sind, die Aerzte eines gewissen Krankenhauses aufzusuchen haben, so muß diese Anordnung in der Satzung erfolgen. Allein es ist nicht möglich, alle hierher gehörigen Fragen in der auf längere Dauer berechneten und schwer abänderbaren Satzung restlos zu lösen. So können die Namen der Kassenärzte wegen der Aenderungen, die hier leicht eintreten, nicht in der Satzung bekanntgegeben werden. Aus diesem Grunde auch nicht — wenigstens nicht vollinhaltlich — solche Beschränkungen der Arztwahl, welche nur unter Hinzufügung der Arztnamen verständlich zu machen sind. (S. das Beispiel am Eingang von II). Die oben aufgeworfene Frage ist daher näher dahin zu beantworten, daß die Regelung in der Satzung zu erfolgen hat, soweit nicht tatsächliche Hindernisse entgegenstehen. Ob letzteres zutrifft, muß von Fall zu Fall entschieden werden. War eine Anordnung zu unrecht in die Satzung nicht aufgenommen, so können aus ihrer Nichtbeachtung keine Rechtsfolgen abgeleitet werden. Es fragt sich, wo diejenigen An-

ordnungen ihren Platz finden, welche nicht in der Satzung selbst zu stehen brauchen. Es liegt nahe sie in die Krankenordnung zu verweisen. Aber § 347 in Verbindung mit § 529 ergibt, daß die Krankenordnung ihrem Zweck, Inhalt und Rechtsschutz nach von der Satzung durchaus verschieden ist. Erscheint es sohin unzulässig solche Vorschriften als wesentliche Teile der Krankenordnung einzuverleiben, so ist es auch nicht angängig, sie unter Aufrechterhaltung ihrer Eigenschaft als Satzungsvorschriften in die Krankenordnung zu stellen. Durch § 347 ist der mögliche Inhalt der Krankenordnung erschöpfend angegeben. Auch wäre nichts unzweckmäßiger, als Verpflichtungen verschiedener rechtlicher Natur in einer Ordnung zusammenzufassen. Die Kasse wird daher so verfahren, daß sie die in der Satzung nicht erledigten Punkte durch Anschlag im Geschäftszimmer oder in sonst geeigneter Weise den Versicherten unter Hinweis auf ihre Bedeutung kund gibt.

Die vom Reichskanzler bekannt gemachten Mustersatzungen schlagen folgenden Wortlaut vor: „Die ärztliche Behandlung wird von den approbierten Aerzten geleistet, die sie durch Vertrag mit der Kasse übernommen haben; die Kasse (Krankenordnung) bestimmt danach, an welche Aerzte sich die einzelnen Erkrankten zu wenden haben.“ Diese Formulierung ist bedenklich. Halbsatz 2 läßt die Vermutung zu, die Kasse wolle sich unzulässigerweise die Benennung des Arztes im Einzelfalle vorbehalten. Auch wäre es nicht ohne weiteres einwandfrei, wenn Halbsatz 2 besagen wollte, die Kasse werde anderweitig die näheren Bedingungen der Arztwahl festsetzen. Denn diese müssen, soweit möglich, in die Satzung selbst aufgenommen werden. Schließlich ist es nicht angängig, sie in die Krankenordnung zu verweisen.

III. Der von der Kasse mit dem Arzt geschlossene Vertrag muß als Mindestinhalt die Verpflichtung des Arztes zur unentgeltlichen Behandlung der Kassenmitglieder, welche Anspruch auf Krankenhilfe haben, enthalten. Er ist ein echter Vertrag zugunsten eines Dritten. (§ 328 BGB.) Der Versicherte erwirbt aus ihm ein unmittelbares Recht gegen den Arzt, ohne eine Verbindlich- zu übernehmen. Der Anspruch des Versicherten auf Krankenhilfe entsteht mit seiner Erkrankung. Regelmäßig schreibt die Kasse die Einholung eines Krankenscheines vor. Dazu ist sie nach § 347 RVO. berechtigt. Diese Vorschrift ergibt aber auch, daß die Verpflichtung zur Einholung eines Krankenscheins nur in der Krankenordnung aufgestellt werden darf, daß somit die Nichteinholung niemals den Verlust des Krankenhilfeanspruchs nach sich zieht. Regelmäßig wird auch dasjenige Mitglied, welches keinen Krankenschein hat, dem Arzte wenigstens seine Mitgliedschaft bekannt geben. Das Unterlassen dieser Mitteilung beeinträchtigt aber seinen Anspruch gegen die Kasse nicht. Denn die Kasse ist befugt in ihrer Krankenordnung den Kranken zur Kundgabe seiner Mitgliedschaft an den Arzt zu verpflichten, da das zu den zulässigen Vorschriften über die Meldung gehört. Die Verletzung dieser Pflicht ist daher nur mit Strafe, nicht mit dem Verlust des Anspruchs bedroht. Es haben also auch diejenigen Mitglieder ein Recht auf Krankenpflege, welche keinen Krankenschein haben, und zwar auch dann, wenn sie dem Arzt ihre Mitgliedschaft verschweigen, sei es, weil sie ihnen unbekannt ist, sei es aus einem anderen Grunde. Daher genügt die Kasse ihrer Verpflichtung nicht, wenn sie, wie das häufig geschieht, die Verbindlichkeit des Arztes zur Behandlung auf diejenigen Mitglieder beschränkt, welche einen Krankenschein vorlegen.

IV. Gesetzt den Fall, die Kasse hat einen ihre sämtlichen Mitglieder umfassenden Vertrag geschlossen: Wie gestaltet sich das gegenseitige Verhältnis der Beteiligten, wenn der in Anspruch genommene Kassenarzt die Behandlung übernimmt?

1. Fall. Der Versicherte legt dem Arzt einen Krankenschein vor: Hier wird er auf Grund des zwischen der Kasse und dem Arzt zustande gekommenen Vertrags behandelt. Eine Zahlungsverbindlichkeit ensteht für ihn nicht. Die Kasse ist zur Gewährung der

nach dem Aerztevertrag etwa geschuldeten Vergütung verpflichtet. Wollte der Arzt gleichwohl mit dem Kranken eine Vergütung vereinbaren, so würde diese Vereinbarung den guten Sitten zuwiderlaufen und gemäß § 138 BGB. nichtig sein. Denn es widerspricht dem Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden, daß ein Arzt, der zur unentgeltlichen Behandlung verpflichtet ist, sich eine Vergütung versprechen läßt. Genießt allerdings der Kranke auf Verlangen eine Behandlung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht und zu der ihn das Gesetz nicht berechtigt, so ist der Arzt nicht gehindert, eine der Mehrleistung entsprechende Vergütung von ihm zu fordern. (Im Folgenden wird stets davon ausgegangen, daß nur die notwendige Behandlung gewährt wird.)

2. Fall. Der Versicherte erklärt, die Kasse habe die Ausstellung eines Krankenscheins verweigert: Hier ist regelmäßig anzunehmen, daß zwischen dem Arzt und dem Kranken ein Dienstvertrag unter der auflösenden Bedingung zustande kommt, daß später der Anspruch des Kranken gegen die Kasse von dieser anerkannt oder durch Entscheidung festgestellt wird. Mit dem Eintritt der Bedingung wird der Vertrag hinfällig und es tritt zutage, daß die Behandlung auf Grund des Aerztevertrags mit den bei 1 dargelegten Wirkungen erfolgte. Hat der Kranke die Vergütung bereits entrichtet, so kann er sie nach § 812 BGB. zurückfordern, da der rechtliche Grund zur Leistung nachträglich weggefallen ist. Wenn der Annahme eines bedingten Vertrages im Einzelfall Bedenken entgegenstehen, so läßt sich die Rechtslage folgendermaßen beurteilen. Entweder geht der Arzt ohne weiteres davon aus, daß der Kranke unter den Aerztevertrag fällt oder er hält das für zweifelhaft. Ersteren Falles behandelt er ihn von vorherein auf Grund des Aerztevertrags. Letzteren Falles kommt allerdings ein unbedingter Dienstvertrag zustande. Aber wenn später das Recht des Kranken gegen die Kasse sich herausstellt, muß der Arzt die danach empfangene Vergütung herausgeben, da es gegen die guten Sitten verstößt, daß er sein aus dem Dienstvertrag erwachsenes formales Recht nach Kenntnis der Sachlage geltend macht, und aus dem gleichen Grunde darf er die noch nicht bezahlte Vergütung nicht verlangen, da der Kranke ihm die Einrede der Arglist entgegensetzen könnte.

3. Fall. Der Versicherte erklärt, er habe es unterlassen um die Ausstellung eines Krankenscheines nachzusuchen: Entscheidung wie bei 2.

4. Fall. Der Versicherte hat keinen Krankenschein und verschweigt seine Kassenmitgliedschaft, obwohl sie ihm bekannt ist: Entscheidung wie bei 2.

5. Fall. Der Versicherte hat keinen Krankenschein und verschweigt seine Mitgliedschaft, da sie ihm selbst unbekannt ist: Entscheidung wie bei 2.

Das Ergebnis entspricht in allen Fällen der Billigkeit. Die Kasse kommt mit Recht für die Behandlung auf, da es sich stets um Leute handelt, die Anspruch auf Krankenhilfe haben, doch zahlt sie nie mehr, als wozu sie sich im Aerztevertrag verpflichtet hat. Der Arzt kann in keinem Fall sich an den Kranken halten; das gilt mit Recht auch dann, wenn bei der Uebernahme der Behandlung die Kassenmitgliedschaft nicht feststeht. Denn diese Ungewißheit bringt ihm keinen Nachteil.

V. Wenn die Kasse einen den gesetzlichen Mindesterfordernissen entsprechenden Vertrag nicht geschlossen hat oder der Kassenarzt einen Versicherten zurückweist und dieser so in die Notwendigkeit versetzt wird einen Nichtkassenarzt aufzusuchen, so entsteht die Frage, ob die Kasse verpflichtet ist dem Versicherten die ihm erwachsenen Auslagen zu ersetzen. Es liegt nahe zur Lösung dieser Frage die Regeln vom Leistungsverzug heranzuziehen. Wenn die ärztliche Behandlung trotz einer an die Kasse oder an den Arzt als ihren Vertreter gerichteten Mahnung aus einem von ihr zu vertretenden Umstande unterbleibt, so gerät sie in Verzug und wird dem Versicherten schadenersatzpflichtig. (§§ 284,285

BGB.) Da der Arzt bei der der Kasse dem Versicherten gegenüber obliegenden Verbindlichkeit ihr Erfüllungsgehilfe ist, hat die Kasse ein Verschulden des Arztes wie eigenes Verschulden zu vertreten. (§ 278 BGB.)[1]) Auch wenn der Kassenarzt ohne eigenes Verschulden nicht behandelt, z. B. weil er krank ist, tritt Verzug der Kasse ein, weil der Schuldner sein Unvermögen zur Leistung auch dann zu vertreten hat, wenn ihm kein Verschulden zur Last fällt, sofern der geschuldete Gegenstand nur der Gattung nach bestimmt ist, was hier der Fall ist.

Aber die Anwendung der Verzugsregeln hat schwere Bedenken gegen sich. Zunächst ist der Verzug ein Gebilde des bürgerlichen Rechts, das auf eine öffentlich rechtliche, nicht aus einem Vertrag herrührende Verpflichtung, wie es die der Kasse ist, zweifellos keine unmittelbare Anwendung findet. Was die Zulässigkeit einer analogen Anwendung betrifft ,so werden zwar vielfach die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Ergänzung der Reichsversicherungsordnung herangezogen, aber das geschieht stets nur insoweit, als es dem Wesen der Verhältnisse und den besonderen Eigentümlichkeiten der Arbeiterversicherung entspricht, somit nicht grundsätzlich, sondern ausnahmsweise (Amtl. Nachr. 1914 S. 823). So hat das Reichsversicherungsamt „in ständiger Rechtsprechung den Standpunkt vertreten, daß die Versicherungsträger zur Zahlung von Verzugszinsen für rückständige Leistungen **nach den hier allein anzuwendenden öffentlich-rechtlichen Bestimmungen der Unfallversicherungsgesetze jetzt der RVO.** (gegenüber dem Hinweis der Versicherungsträger auf das bürgerliche Recht — Amtl. Nachr. 1896 S. 172 —) auch im Verhältnis zu einander nicht verpflichtet sind" (Amtl. Nachr. 1915 S. 334). Es hat ferner ausgesprochen, daß für Rückstände von Versicherungsleistungen auch auf dem Gebiete der Krankenversicherung Zinsen nicht zu bezahlen sind (Amtl. Nachr. 1914 S. 819).[2]) Wenn es daher auch nicht ausdrücklich die Regeln vom Verzug von einer entsprechenden Anwendung überhaupt ausgeschlossen hat, so scheint es doch jedenfalls dieser Anwendung nicht günstig gegenüber zu stehen. Mit Recht. Denn diese Anwendung wäre den besondern Eigentümlichkeiten der Krankenversicherung nicht wohl angemessen. Es liegt im berechtigten Interesse der Versicherten, zu deren Gunsten die Krankenversicherung geschaffen ist, die Leistungspflicht der Kasse über die eines Schuldners des bürgerlichen Rechts hinaus auszudehnen, sie für ein Unterbleiben der Leistung auch dann haftbar zu machen, wenn dieses nicht auf einen von ihr zu vertretenden Umstand zurückzuführen ist. Auch in den Fällen, in welchen ein Verzug der Kasse nicht zu erblicken ist, so wenn die Kasse einem nichtangemeldeten Arbeiter die Ausstellung eines Krankenscheins verweigert, da nicht feststehe, ob er versichert sei, soll der Versicherte die Wohltat der Versicherung genießen. Man kann ihm nicht zumuten, erst einen Streit über seine Berechtigung durchzuführen oder sich mit einem minderwertigen Bereicherungsanspruch gegen die Kasse zu begnügen. Weitere Beispiele unter VI.

Es wird daher besser vermieden auf die Regeln vom Verzug zurückzugreifen und es ist das auch entbehrlich, wie folgende Erwägung zeigt. Die Reichsversicherungsordnung schreibt vor, daß die Krankenpflege in Natur zu gewähren sei. Sie regelt den Fall, daß die Sachleistung aus irgend einem Grunde unterbleibt, nicht ausdrücklich, jedenfalls nicht allgemein. Die Lücke ist folgendermaßen auszufüllen. Der Barleistungspflicht gegenüber ist die Sachleistungspflicht die umfassendere, jene also in dieser mitenthalten. Muß die Sachleistung unterbleiben, so ist die Kasse dem Versicherten zur Gewährung der Barleistung ,d. h. zum Ersatze der ihm aus der Inanspruchnahme eines Nichtkassenarztes ent-

[1]) **Anmerkung der Schriftleitung:** Das Reichsgericht steht auf einem anderen Standpunkt. Zu vgl. Entsch. in Zivils. 74 S. 163; **Hahn**, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 zu § 182 RVO.

[2]) Die Frage ist freilich sehr bestritten. Zu vgl. **Hahn** a. a. O. Anm. 4d zu § 28 und Nachtrag S. 848, sowie die dort nachgewiesenen Entscheidungen.

stehenden Kosten verbunden. Dieser Grundsatz hat in § 368 RVO. ausdrücklich Anerkennung gefunden, indem dort bestimmt ist, daß die Kasse in dringenden Fällen die Kosten der Konsultierung eines Nichtkassenarztes tragen muß. Auch hierbei handelt es sich um Fälle, in denen die Sachleistung nicht gewährt werden kann. Die Kasse ist zwar zur Leistung bereit, aber der Versicherte kann sie nicht entgegennehmen. In unserem Falle liegt es gerade umgekehrt: Der Versicherte beansprucht die Leistung, die Kasse aber gewährt sie ihm nicht. Wir kommen also zur Bejahung der am Eingang von V gestellten Frage.

VI. Mit den bei V angegebenen Voraussetzungen und unter Zugrundelegung der dort vertretenen Ansicht sollen die bei IV aufgezählten Fälle kurz besprochen werden.

1. Fall. Die Kasse übernimmt dem Versicherten gegenüber sämtliche Kosten, kann sich aber an den Arzt halten, wenn er die Behandlung schuldhaft verweigert hat. Den Versicherten, der seinen Verpflichtungen voll nachgekommen ist, trifft kein Nachteil. Die Anwendung der Regeln vom Verzug bringt dasselbe Ergebnis.

2. Fall. Die Kasse bleibt endgültig für die Kosten verhaftet, da der Arzt, der im Sinne der den Krankenschein verweigernden Kasse gehandelt hat, ohne Verschulden ist. Da dem Versicherten nicht zugemutet werden kann erst einen Streit über seine Berechtigung durchzufechten, wird er mit Recht von seinen Verbindlichkeiten befreit. Wer mit den Regeln vom Verzug arbeitet, kommt nur dann zu dem gleichen Ergebnis, wenn die Kasse ein Verschulden trifft. Kann ihr aus der Verweigerung des Krankenscheins kein Vorwurf gemacht werden, so gerät sie nicht in Verzug und wird nicht ersatzpflichtig. Auf das Unbefriedigende dieses Zustandes wurde schon oben hingewiesen.

3. Fall. Auch hier verbleiben mangels eines Verschuldens des Arztes die Kosten endgültig der Kasse. Sie wären ihr voraussichtlich erspart worden, wenn der Versicherte einen Krankenschein erholt hätte. Da er seiner Verpflichtung nicht nachgekommen ist, verdient er einen Rechtsnachteil. Dieser wird ihm in Gestalt einer Ordnungsstrafe zuteil. Anders wird das Ergebnis, wenn man das Verzugsrecht zur Anwendung bringt. Hier bleiben die Kosten beim Versicherten, da die Kasse nicht im Verzug ist. Um Kostenersatz zu erlangen ,müßte er sie in Verzug setzen. Das könnte er aber nur dadurch erreichen, daß er sie an ihre Leistung mahnte, also bei ihr vorstellig würde und einen Krankenschein verlangte. Damit würde der Anspruch auf Krankenpflege von der Erholung eines Krankenscheins abhängig gemacht, während doch die Nichterholung, wie oben gezeigt, nur mit einer Ordnungsstrafe geahndet werden kann.

4. Fall. Entscheidung wie im vorigen Fall.

5. Fall. Die Kasse trägt die Kosten. Doch wird dem Versicherten die Unkenntnis seiner Mitgliedschaft meist nicht zum Verschulden angerechnet werden können, so daß von einer Bestrafung abgesehen werden muß. Er genießt dann eben die Vorteile des Zufalls, daß er sich an einen Vertragsarzt gewendet hat, ebenso wie er die Nachteile erduldet, wenn er einen Nichtkassenarzt aufsucht, obwohl ihm doch kein Vorwurf daraus zu machen ist. In Verzug kann die Kasse in diesem Falle niemals geraten. Die Anwendung des Verzugsrechts hat das merkwürdige Ergebnis, daß ein Versicherter, der über seine Berechtigung im Unklaren ist, nie Ersatz seiner Auslagen verlangen kann.

Zu Fall 1 bis 5. Wenn mehrere Kassenärzte vorhanden sind, kann dem von einem derselben zurückgewiesenen Versicherten nicht zugemutet werden zuerst alle übrigen aufzusuchen, ehe er sich an einen Nichtvertragsarzt wendet. Die Kasse hat ihre Sachleistungspflicht schon dann nicht erfüllt, wenn einer ihrer Aerzte die Behandlung abgelehnt hat.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wiedereinsetzung bei Versäumnis infolge falscher Belehrung. — Pflicht des Wahlleiters zur Vorsorge, daß ihn Wahlvorschläge erreichen.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 30. Oktbr. 1915 (2160 Amtl. Nachr. 1916 S. 372).

Zunächst war es nicht zu beanstanden, wenn das Oberversicherungsamt dem Beschwerdeführer wegen Versäumnis der Beschwerdefrist die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 131 Abs. 1 RVO. erteilt hat. Sie wird allerdings nur auf Antrag gewährt. Einen dahingehenden Antrag konnte das Oberversicherungsamt unbedenklich in der Erklärung des Beschwerdeführers erblicken, seine Beschwerde, wenn möglich, „gelten" zu lassen. Daß der Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ausdrücklich als solcher bezeichnet wird, um Berücksichtigung zu finden, ist nicht erforderlich; es genügt vielmehr, wenn sich aus dem Inhalt der Erklärung und den begleitenden Umständen mit hinreichender Bestimmtheit entnehmen läßt, der Einsender habe seine Erklärung als Wiedereinsetzungsantrag aufgefaßt wissen wollen.*) Das war hier der Fall. Die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wird nach § 131 Abs. 1 erteilt, wenn ein Beteiligter durch Naturereignisse oder andere unabwendbare Zufälle an der Einhaltung einer gesetzlichen Verfahrensfrist verhindert worden ist. Ein bloßer Rechtsirrtum bildet zwar, wie allgemein anerkannt wird, keinen unabwendbaren Zufall. Anders liegt der Fall, wenn der Beschwerdeführer, wie hier, durch eine unrichtige Belehrung eines Vertreters der zuständigen Behörde in einen Rechtsirrtum versetzt und dadurch die Versäumung der Beschwerdefrist veranlaßt worden ist. Dann wird die Verantwortlichkeit des Betroffenen vernünftigerweise abzulehnen sein, weil er behufs Einhaltung der Frist die von ihm nach Lage des Falles zu erwartende Sorgfalt angewendet hat (zu vgl. auch die Entsch. des Reichsger. in Zivilf. 71 S. 322). Auch nach der Praxis des Reichsversicherungsamts wird in derartigen Fällen ein Wiedereinsetzungsgrund als gegeben erachtet (zu vgl. Revisionsentsch. 1525, Amtl. Nachr. 1910 S. 656 und Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Band I Anm. 4 zu § 149 GUVG, Band II Anm. 2 zu § 28 Bau-UVG.).

*) Zu vgl. Entsch. des Reichsgerichts nebst Anm. in Arb.-Vers. 1915 S. 211.

Die Entscheidung des Oberversicherungsamts ist auch insofern zutreffend, als sie die Wahl der Vertreter der Arbeitgeber zum Vorstand der Kasse für ungültig erklärt hat. Denn bei der Abwicklung der Wahl sind Unregelmäßigkeiten vorgekommen, die das Wahlergebnis beeinflußt haben. Das Wahlverfahren leidet also an einem wesentlichen Mangel. Der Wahlleiter hat es unterlassen, Anordnung zu treffen, daß er für die Entgegennahme von Wahlvorschlägen bis zum Ablauf der für ihre Einreichung bestimmten Frist erreichbar war. Eine derartige Verpflichtung des Wahlleiters ist in der Wahlordnung zwar nicht ausdrücklich ausgesprochen; sie ist aber selbstverständlich. Denn andernfalls hätte es der Wahlleiter in der Hand, die Einreichung von Wahlvorschlägen dadurch zu erschweren oder zu verhindern, daß er sich deren Entgegennahme entzieht. Er muß also Anordnungen treffen, die es ermöglichen, daß Sendungen, insbesondere solche, die mit der Post befördert werden, innerhalb der Einreichungsfrist in seinen Besitz gelangen können. Diese Verpflichtung besteht auch für Einschreibesendungen. Wenn die Wahlvorschläge, wie hier, in der Wohnung des Vorsitzenden des Vorstandes der Kasse abzugeben sind, muß er für die Zeiten, in denen er selbst dort nicht anzutreffen ist, eine zum Empfange von Postsendungen befugte Person bestellen. Man kann auch nicht sagen, der Einsender habe im vorliegenden Falle das verspätete Eintreffen des Wahlvorschlags selbst verschuldet. Denn es war ihm unbenommen, den Wahlvorschlag erst kurz vor Ablauf der Einreichungsfrist abzusenden und sich, wenn er sich davon größere Sicherheit versprach, dabei der Form eines Einschreibebriefes zu bedienen. Tatsächlich ist die Sendung, wie die Beurkundung des Postbeamten ergibt, auch noch innerhalb der Einreichungsfrist bei dem Adressaten vorgezeigt und nur deshalb nicht rechtzeitig abgenommen worden, weil der Empfänger oder eine zum Empfang ermächtigte Person nicht zur Stelle war. Der Grund der Verzögerung lag also nicht in der Person des Einsenders. Der zweite Wahlvorschlag war auch geeignet, eine anderweitige Feststellung des Wahlergebnisses herbeizuführen. Für eine Wahl ohne Stimmabgabe war hiernach kein Raum (§ 10 der Wahlordnung). Hieraus ergibt sich die Ungültigkeit der Wahl der Vertreter der Arbeitgeber. Die weitere Beschwerde war somit zurückzuweisen.

B. Zur Krankenversicherung.

Gesetz, betreffend die Ergänzung des Knappschafts-Kriegsgesetzes vom 26. März 1915 (Ges.Samml. S. 61).

Vom 24. April 1916 (Ges.Samml. S. 47).*)

§ 1. Der § 8 des Knappschafts-Kriegsgesetzes vom 26. März 1915 (Gesetzsamml. S. 61) erhält folgenden Zusatz:

„Ebensowenig dürfen Militärhinterbliebenengelder, die aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges gezahlt werden, auf die Pension der Witwen und die Beihilfen zur Erziehung der Kinder angerechnet werden."

§ 2. Die Leistungen der Knappschafts-Pensionskassen werden auch dann gewährt, wenn ein Mitglied im gegenwärtigen Kriege verschollen ist. Es gilt als verschollen, wenn während eines Jahres keine glaubhaften Nachrichten von ihm eingegangen sind und die Umstände seinen Tod wahrscheinlich machen.

Das Versicherungsamt kann von den Hinterbliebenen die eidesstattliche Erklärung verlangen, daß sie von dem Leben des vermißten keine anderen als die angezeigten Nachrichten erhalten haben. Ist dem Organ eines Knappschaftsvereins auf Grund der Reichsversicherungsordnung die Einforderung dieser eidesstattlichen Versicherung übertragen, so tritt das Organ an Stelle des Versicherungsamts.

§ 3. Den Todestag Verschollener (§ 2) stellt der Verein nach billigem Ermessen fest. Für die auf See Verschollenen gilt § 1100 Abs. 1 RVO.

§ 4. Wird nachgewiesen, daß ein Pensionskassenmitglied, das als verschollen galt, noch lebt, so wird die weitere Gewährung der Leistungen eingestellt. Der Verein braucht die zu unrecht gezahlten Beiträge nicht zurückfordern.

§ 5. Läuft bei einem Knappschaftsverein oder einer besonderen Krankenkasse die Amtsdauer eines Knappschaftsältesten, eines Mitgliedes des Vorstandes, eines Mitglieds eines der in den §§ 56 Abs. 1 Satz 2 und 60 Abs. 2 Nr. 3 bezeichneten Ausschüsse oder eines Mitglieds der Generalversammlung während des gegenwärtigen Krieges ab, so findet eine Neuwahl erst nach Beendigung des Krieges statt. Die Amtsdauer dieser Person dauert dementsprechend länger.

Dasselbe gilt, wenn die Amtszeit bereits abgelaufen ist und eine Neuwahl noch nicht stattgefunden hat.

*) Der unverändert Gesetz gewordene Entwurf des Gesetzes v. 26. März 1915 ist in Arb.Vers. 1915 S. 212 abgedruckt. Den Entwurf des vorliegenden Ergänzungsgesetzes v. 24. April 1916 haben wir mit erläuternden Bemerkungen in Arb.Vers. 1916 Heft 4 S. 93 mitgeteilt.

Das Oberbergamt kann nach Anhörung des Knappschaftsvorstandes oder des Vorstandes der besonderen Krankenkasse bestimmen, daß die Neuwahl nicht oder nicht weiter zu verschieben ist.

§ 6. Die Vorschriften der §§ 9, 10 und 11 des Knappschafts-Kriegsgesetzes vom 26. März 1915 (Gesetzsamml. S. 61) gelten auch für dieses Gesetz.

Einführung neuer Mehrleistungen während des Krieges.

Entsch. des Oberversicherungsamts Bromberg vom 14. April 1916.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse in B. hat auf Grund des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337, Arb.Vers. S. 569) beschlossen, mit Rücksicht auf den sehr guten Kassenstand, das satzungsmäßige Krankengeld von 50 % des Grundlohnes für die Dauer des Krieges auf 60 % (ohne Satzungsänderung) zu erhöhen. Das Versicherungsamt hat die Genehmigung hierzu versagt, weil diese Erhöhung nicht die Wiederherstellung einer Satzungsbestimmung sei und daher nicht unter § 1 Abs. 2 des Gesetzes falle. Auf Beschwerde hat das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) die Entscheidung aufgehoben und verfügt, daß das von der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu gewährende Krankengeld von 50 auf 60 vom Hundert des Grundlohnes für die Dauer des Krieges, aber nicht über das Jahre 1916 hinaus mit Wirkung vom 27. März 1916 ab erhöht wird. — Aus den Gründen:

Weder aus der Absicht der Kaiserlichen Verordnung*) vom 4. August 1914 noch aus dem Wortlaut derselben ist zu entnehmen, daß die Erhöhung der Leistungen der Krankenkasse nur in dem Rahmen der bisherigen Satzungen in der vereinfachten Form des § 1 Abs. 2 vorgenommen werden dürfe; andernfalls die schwerfälligere Form der Satzungsänderung eintreten solle. Die Absicht der Verordnung ist offenbar die, daß für die Zeit des Kriegszustandes die Verwaltung der Krankenkassen möglichst vereinfacht und verbilligt werden soll, aus dieser Absicht heraus aber erscheint es nicht wahrscheinlich, daß die Verordnung nur solche Fälle im Auge gehabt haben sollte, in denen durch den § 1 satzungsmäßig bestimmte Mehrleistungen auf die Regelleistungen herabgesetzt worden sind, denn auch für die Festsetzung von über die früheren Leistungen hinausgehenden Leistungen besteht genau dasselbe Bedürfnis nach einem vereinfachten Verfahren. Wollte man diesen Grundsatz nicht annehmen, dann würde für viele Krankenkassen eine Erhöhung der Leistungen wäh-

*) Es handelt sich um ein Gesetz, nicht um eine Kaiserliche Verordnung. (Anm. der Schriftleitung).

rend des Krieges zur Unmöglichkeit gemacht, weil eine satzungsmäßig zu Stande bringende Satzungsänderung wegen Einberufung eines großen Teiles der Vorstands- und Ausschußmitglieder nicht möglich ist. Offenbar hat die Vorschrift des § 1 Abs. 2 gerade diesen Gesichtspunkt im Auge und deshalb die Einführung einer Mehrleistung durch Verfügung des Versicherungsamts auf Antrag des Vorstandes zugelassen. Auch der Wortlaut der Verordnung gibt für die Auffassung des Versicherungsamts keinen Anhalt, und es wäre dem Gesetzgeber ein Leichtes gewesen, wenn er die vom Versicherungsamt gewollte Beschränkung beabsichtigte, dieses auch im Wortlaut zum Abdruck zu bringen. Natürlich kann diese Erhöhung nur für die Dauer des Krieges gelten, weil auch die Geltungsdauer der Verordnung auf die Kriegsdauer beschränkt ist. Da die Leistungsfähigkeit der Krankenkasse außer Frage steht, so war nur noch zu erörtern, ob die Sache an das Versicherungsamt zurückzugeben war. Das Oberversicherungsamt hält das aber nicht für nötig, weil nach § 60 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren vor den Versicherungsämtern vom 24. Dezember 1911 und § 1658 RVO. die Entscheidung des Versicherungsamts als Vorentscheidung auch gleich mit dem zulässigen Rechtsmittel angefochten werden kann. In Folge dessen hat das Oberversicherungsamt gleich in der Sache selbst, wie geschehen, entschieden.

Anmerkung: Zu vgl. unsere im gleichen Sinne erteilte Auskunft in Heft 15 S. 359.

Fehlgeburt Frühgeburt, Totgeburt — als Niederkunft.

Bescheid des preuß. Ministers des Innern vom 12. April 1916 (I c. 271).

Zu der wiederholt aufgeworfenen Frage, ob auch bei Tod- oder Fehlgeburten die Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) zu gewähren sei, ist zu bemerken, daß es unzweifelhaft nicht die Absicht der über die Gewährung von Wochenhilfe während des Krieges erlassenen Bundesratsverordnung war, jede Fehlgeburt der Niederkunft gleich zu behandeln. Die Entscheidung darüber, in welchem Grade Früh- und Totgeburten dem regelrechten Geburtsakte gleichzustellen sind, muß den berufenen Spruchinstanzen verbleiben. Vorbehaltlich einer solchen Entscheidung wird jedoch davon ausgegangen werden können, daß als Entbindung im Sinne der vorbezeichneten Bekanntmachung das Gebären eines lebenden Kindes, auch wenn es nicht lebensfähig oder wenn es eine Frühgeburt ist, sowie das Gebären eines ausgetragenen toten Kindes zu gelten hat. Der Abgang der Frucht vor der vollen Reife wird dann als Entbindung aufzufassen sein, wenn das Kind erst unmittelbar vor oder während der Entbindung stirbt.

Beschwerde der Kasse, wenn das Versicherungsamt Bestrafung aus § 530 RVO. ablehnt.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 30. Oktober 1915 (2167 Amtl. Nachr. 1916 S. 381).

Zunächst war zu prüfen, ob überhaupt eine mit der Beschwerde anfechtbare Entscheidung vorliegt. Nach § 1780 RVO. ergehen die Entscheidungen der Versicherungsbehörden, soweit nicht das Spruchverfahren vorgeschrieben ist, im Beschlußverfahren. Gegen die Entscheidungen des Versicherungsamts in erster Instanz ist nach § 1792 die Beschwerde an das Oberversicherungsamt zulässig, soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt. Der Begriff der Entscheidung im Sinne dieser Verfahrensvorschriften ist weit auszulegen (zu vgl. Entsch. 2024, Amtl. Nachr. 1915 S. 517 und die dort angeführte Literatur). Er umfaßt, wie schon in der Begründung zum Entwurfe der Reichsversicherungsordnung S. 517 betont ist, auch „Verfügungen und Anordnungen", insbesondere auch Straffestsetzungen der Versicherungsträger. In diesem weiten Sinne liegt daher ebenfalls eine Entscheidung vor, wenn das Versicherungsamt zu dem Antrag einer Kasse auf Bestrafung meldesäumiger Arbeitgeber nach § 530 Stellung nimmt, sei es, daß es eine Strafe verhängt oder daß es nach Prüfung des Sachverhalts aus Gründen, die sich aus der besonderen Lage des Falles ergeben, den Antrag ablehnt. Die Unzulässigkeit der Beschwerde für die Fälle, in denen das Versicherungsamt von einer Bestrafung absieht, ergibt sich nicht, wie das Oberversicherungsamt annimmt, schon daraus, daß die Bestrafung nach dem Wortlaut des Gesetzes „kann bestraft werden" in das freie Ermessen des Versicherungsamts gestellt ist. Denn dieses freie Ermessen darf nicht willkürlich sein, sondern muß auf pflichtmäßigen Erwägungen beruhen und muß der Nachprüfung im Rechtszug zugänglich sein. Hahn führt in seinem Aufsatz „Zum Begriff der beschwerdefähigen Entscheidung, insbesondere der Krankenkassen" (Monatsschr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. 3, Sp. 37 ff.) aus, wenn in einem solchen Falle das Versicherungsamt dem Antrag einer Kasse auf Bestrafung nicht stattgebe, werde dadurch irgendein „Recht" des Antragstellers oder eines anderen, wegen dessen er als beteiligt gelten könnte, nicht berührt; es handle sich daher nicht um eine Entscheidung, sondern um die Ablehnung einer Entscheidung, so daß nicht die Rechtsbeschwerde, sondern nur die Anrufung der Aufsichtsinstanz in Frage komme. Dieser Ansicht konnte sich der Senat nicht anschließen. Allerdings steht der Kasse kein „Recht" auf Bestrafung zu, da diese in das Ermessen des

Versicherungsamts gestellt ist. In dem erwähnten Aufsatz geht Hahn aber selbst davon aus, daß eine mit der Beschwerde anfechtbare Entscheidung auch dann vorliege, wenn sie nicht in ein bestimmtes Recht des Beschwerdeführers eingreife oder ihm eine bestimmte Verbindlichkeit auferlege; es genüge, daß er am Gegenstande der Entscheidung „beteiligt" sei (zu vgl. auch Entsch. 1845, Amtl. Nachr. 1914 S. 515). Als „Beteiligte" bezeichnet Hahn Personen, „deren rechtliches Interesse durch die Entscheidung betroffen, in deren Rechtskreis unmittelbar eingegriffen wird." In diesem Sinne ist die Kasse zweifellos „beteiligt". Ihr fließen die Geldstrafen nach § 146 zu. Auch kann sie dem Arbeitgeber die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge (§ 531 Abs. 2) nur dann auferlegen, wenn eine rechtskräftige Bestrafung auf Grund des § 530 vorangegangen ist (Entsch. 2058, Amtl. Nachr. 1915 S. 597). Noch wichtiger ist aber die allgemeine Erwägung, daß die Ahndung schuldhafter Verletzung der Meldevorschriften im Interesse einer ordnungsmäßigen Geschäftsführung liegt, das die Kasse zu vertreten hat. Ihr Rechtskreis wird also unmittelbar berührt, wenn das Versicherungsamt ihrer Ansicht nach zu Unrecht einem Antrag auf Bestrafung nicht stattgibt. Für die Frage, ob es sich um eine beschwerdefähige Entscheidung handelt, ist es daher gleichgültig, ob das Versicherungsamt dem Antrag der Kasse entspricht oder ihn abweist. In beiden Fällen liegt eine Entscheidung vor, sofern nur das Versicherungsamt zu dem Antrag nach Prüfung der Unterlagen Stellung nimmt. Diesem Ergebnis steht auch der Wortlaut des § 530 Abs. 4 nicht entgegen. Dort heißt es: „Diese Strafen verhängt das Versicherungsamt. Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig." Nur eine allzu enge Wortauslegung könnte zu der Annahme führen, daß hiernach nur die Strafverhängung, nicht auch die Ablehnung der Bestrafung mit der Beschwerde anfechtbar sei. Vielmehr ist davon auszugehen, daß die Beschwerde nach § 530 Abs. 4 auch für den letzteren Fall zulässig ist. Bei der kurzen Verjährungsfrist des § 147 wird es dann Sache der Kasse sein, durch unverzügliche Einlegung der Beschwerde eine baldige Entscheidung der Beschwerdeinstanz herbeizuführen, da die Verjährung durch eine die Bestrafung ablehnende Entscheidung des Versicherungsamts nicht unterbrochen wird.

Anders liegt die Sache allerdings dann, wenn das Versicherungsamt auf den Antrag der Kasse überhaupt nicht eingeht, sondern ohne Begründung oder aus allgemeinen, der besonderen Lage des Einzelfalls nicht entnommenen Gründen es ablehnt, zu dem Antrag Stellung zu nehmen. Dann handelt es sich in der Tat nicht mehr um eine Entscheidung, sondern um die Ablehnung einer solchen, und es bleibt lediglich die Anrufung der Aufsichtsbehörde übrig. Auf dem Wege der Rechtsbeschwerde kann niemals eine Anweisung des Versicherungsamts erzielt werden, sich mit der Sache zu befassen und eine Entscheidung zu erteilen. Diese Anweisung kann gegebenenfalls nur die dem Versicherungsamte vorgesetzte Aufsichtsbehörde erteilen. Ein solcher Fall liegt hier vor. Das Versicherungsamt hat davon abgesehen, sich mit den ihm unterbreiteten Fällen im einzelnen zu befassen. Es hat sich mit der Feststellung begnügt, daß es sich hierbei nur „um einen mehr oder weniger geringen Grad der Fahrlässigkeit" handle. Im übrigen hat es eine Bestrafung aus allgemeinen, auf den jetzigen Kriegszustand gestützten Gründen abgelehnt. Hierin ist nicht eine Stellungnahme zu den Anträgen der Kasse, sondern eine Ablehnung der Stellungnahme zu erblicken. Das Versicherungsamt glaubt, solange ihm nicht besonders schwere Verfehlungen gegen die Meldevorschriften nachgewiesen werden, mit Rücksicht auf die durch den Krieg geschaffene Lage der Prüfung der besonderen Verhältnisse des Einzelfalls enthoben zu sein. Die Rechtsbeschwerde ist deshalb unzulässig.

Verspätete Anmeldung ist nach § 530 Abs. 1 (nicht Abs. 2) RVO. strafbar. — Natur der Strafe.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 30. Oktober 1915 (2168 Amtl. Nachr. 1916 S. 383).

§ 530 Abs. 1 RVO. schreibt vor: „Wer seiner Pflicht zuwider Versicherungspflichtige nicht anmeldet (§§ 317, 319, 468 Abs. 2) . . . . ., kann, falls er vorsätzlich handelt, mit Geldstrafe bis zu dreihundert Mark, und falls er fahrlässig handelt, mit Geldstrafe bis zu einhundert Mark bestraft werden." In § 530 Abs. 2 heißt es: „Wer die Vorschriften über die Meldung Versicherungspflichtiger . . . . in anderer Weise verletzt, kann mit Geldstrafe bis zu zwanzig Mark bestraft werden." Vorliegend handelt es sich um verspätete Meldungen. Es fragt sich, ob in solchen Fällen § 530 Abs. 1 oder Abs. 2 anzuwenden ist. Die Frage wird in der Literatur verschieden beantwortet. Nach der Ansicht von Hoffmann (Kommentar, 5. Aufl. Anm. 5 zu § 530) trifft Abs. 1 der Vorschrift, dagegen nach der Meinung von Olshausen (Anm. 3 zu § 530 a. a. O.) und Stier-Somlo (Kommentar Anm. 3a zu § 530) Abs. 2 zu. Hahn (Handb. der Kr.-Vers. 8. und 9. Aufl. Anm. 2a zu § 530) führt aus, daß die Fristversäumung regelmäßig der Unterlassung der Anmeldung nach § 530 Abs. 1 gleichzustellen sei. Nur etwa dann, wenn die Handlung mit geringer Ueberschreitung der Frist nachgeholt

werde, ehe eine Anzeige wegen der Zuwiderhandlung erstattet oder von Amts wegen schon ein Akt strafrechtlicher Verfolgung vorgenommen sei, komme § 530 Abs. 2 in Betracht. Der Senat hat § 530 Abs. 1 für anwendbar erachtet.

Diese Vorschrift betrifft die pflichtwidrige Nichtanmeldung eines Versicherungspflichtigen. In der Vorschrift wird auf § 317 verwiesen. Danach sind die Anmeldungen zur Krankenkasse binnen drei Tagen nach Beginn der Beschäftigung zu erstatten. Eine pflichtwidrige Unterlassung der Anmeldung liegt daher schon dann vor, wenn die Frist nicht innegehalten wird (zu vgl. Hahn). Ob die Anmeldung nach Ablauf der Frist nachgeholt wird, kann für die Anwendung der Strafvorschrift als solcher keinen Unterschied machen. Die Vorschriften des § 530 sollen ordnungsmäßige Meldungen bei den Krankenkassen sichern und die Kassen möglichst vor Schaden bewahren (zu vgl. die Begr. zu § 553 des Entw., jetzt § 530 des Gesetzes S. 253). Die Kassen können aber durch nicht rechtzeitige Anmeldung eines Versicherten ebenso geschädigt werden wie durch Unterlassen der Anmeldung überhaupt. Das gilt namentlich, wenn ein nicht angemeldeter Versicherter erkrankt. Dann hat ihm die Kasse die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren, auch wenn sie die geschuldeten Beiträge nicht erhalten hat. Sie muß diese gemäß § 531 Abs. 1 in den Grenzen des § 29 Abs. 1 nachholen und kann ferner dem bestraften Arbeitgeber nach § 531 Abs. 2 die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge auferlegen (zu vgl. Entsch. 2058, Amtl. Nachr. 1915 S. 597). Die Rechtslage der Kasse ist somit die gleiche, mag die Anmeldung erst nach der Erkrankung stattfinden oder überhaupt unterbleiben. Die verspätete Meldung und das Unterlassen der Anmeldung können daher strafrechtlich nicht verschieden behandelt werden. Auch ist zu berücksichtigen, daß § 530 Abs. 1 wesentlich höhere Strafen androht als Abs. 2. Während die Geldstrafe nach Abs. 1 bei Vorsatz 300 M., bei Fahrlässigkeit 100 M. betragen kann, darf sie in den Fällen des Abs. 2 auf höchstens 20 M. festgesetzt werden. Wäre diese Vorschrift auf verspätete Meldungen anzuwenden, so hätte es der Arbeitgeber, sofern er wegen Unterlassung der Anmeldung noch nicht bestraft ist, in der Hand, durch Nachholen der Meldung die Anwendung der schärferen Strafvorschriften des Abs. 1 auszuschließen. Das kann nicht angehen, weil die Kasse, wie hervorgehoben, durch nicht rechtzeitige Anmeldung ebenso geschädigt werden kann wie durch Unterlassen der Meldung überhaupt. Auch die Ausführungen in der Begr. zu § 553 des Entw. führen zu keinem anderen Ergebnis. Dort heißt es (zu vgl. S. 254): „Während sich der erste Absatz des § 553 (jetzt 530) nur auf das Unterlassen der Anmeldung überhaupt bezieht, trifft Abs. 2 die leichteren anderen Verstöße gegen die Meldepflicht, für die er es bei der niedrigen Geldstrafe des geltenden Gesetzes (§ 81 KVG.) bewenden läßt." Zu den leichteren Verstößen gegen die Meldepflicht kann die verspätete Anmeldung eines Versicherten nach den vorstehenden Darlegungen nicht unbedingt gerechnet werden. Unter „Unterlassen der Anmeldung überhaupt" im Sinne der Begründung kann daher nur das Unterlassen einer rechtzeitigen Meldung verstanden werden. Hiernach sind verspätete Anmeldungen nach § 530 Abs. 1 strafbar (zu vgl. auch Hanow-Lehmann, Kommentar Anm. 3 zu § 1489). Der Ansicht von Hahn, daß bei solchen Meldungen in gewissen, von ihm näher bezeichneten Fällen § 530 Abs. 2 anzuwenden sei, war nicht beizutreten. Hat, wie Hahn selbst grundsätzlich annimmt, bei nicht rechtzeitigen Meldungen § 530 Abs. 1 a. a. O. zu gelten, so kann für die von ihm angeführten Fälle keine Ausnahme gemacht werden. Handelt es sich nur um leichteres Verschulden, so ist dies lediglich bei der Strafzumessung zu berücksichtigen.

Das Versicherungsamt hat in den drei letzten Strafverfügungen bemerkt, das Verhalten der Firma M. beruhe auf Vorsatz. Danach ist nicht ausgeschlossen, daß das Versicherungsamt die Zuwiderhandlungen der Firma als eine einheitliche, fortgesetzte Handlung angesehen hat. Lag eine solche vor, so durfte das Versicherungsamt nicht in der ersten Verfügung für jede Zuwiderhandlung eine besondere Strafe festsetzen. Denn eine fortgesetzte Handlung kann wegen ihrer strafrechtlichen Einheit nur mit einer einzigen Strafe belegt werden (zu vgl. Entsch. 2779, Amtl. Nachr. 1915 S. 330). Auch war es dann unzulässig, in den späteren Verfügungen noch Strafen für Zuwiderhandlungen zu verhängen, die vor der jeweiligen früheren Bestrafung lagen. Durch die Bestrafung einer einheitlichen, fortgesetzten Handlung wird das Strafrecht wegen aller zur Einheit gehörigen vor der Bestrafung begangenen Verfehlungen erschöpft, mögen sie auch erst später bekannt werden (zu vgl. v. Liszt, Lehrb. d. Deutsch. Strafr. 20. Aufl. § 55 I, II sowie Entsch. des Reichsgerichts in Straff. 9 S. 344, 24 S. 419 und 26 S. 299). Stellen sich die verspäteten Meldungen der Firma nicht als eine fortgesetzte Handlung dar, so ist zu prüfen, ob sie insoweit eine Einheit bilden, als die Arbeiter am gleichen Tage angenommen waren und die Meldefristen somit gleichzeitig abliefen (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Verf. Anm. 2e zu § 530). Traf dies zu, so wurde ebenfalls vermöge der strafrechtlichen Einheit der Handlung durch die Bestrafung der Firma wegen verspäteter Meldung eines Arbeiters das Strafrecht wegen nicht rechtzeitiger Anmeldung anderer, am gleichen Tage eingestellter Arbeiter

erschöpft. Das Versicherungsamt hätte dann beispielsweise nicht, wie geschehen, in der Verfügung vom 5. Juli 1915 noch Strafen wegen verspäteter Meldung von Arbeitern verhängen dürfen, die am 2., 3. und 10. Mai 1915 angenommen waren. Denn wegen nicht rechtzeitiger Meldung anderer, an diesen Tagen eingestellter Arbeiter war die Firma schon durch die Verfügung vom 26. Juni 1915 bestraft worden. Hiernach ist zu prüfen, ob und wieweit die Zuwiderhandlungen der Firma eine fortgesetzte Handlung bilden oder sonst strafrechtlich als Einheit anzusehen sind. Da das Versicherungsamt nach dem Inhalt seiner Strafverfügungen eine Prüfung dieser Frage unterlassen hat, war die Sache unter Aufhebung der Verfügungen an das Versicherungsamt zurückzuverweisen (zu vgl. § 1796).

Soweit mehrere selbständige Zuwiderhandlungen vorliegen, kommt es gegebenenfalls darauf an, welche niedrigste Strafe nach § 530 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung verhängt werden darf. Wie bemerkt, ist bei Vorsatz des Arbeitgebers eine Geldstrafe bis zu 300 M., bei Fahrlässigkeit eine solche bis zu 100 M. festzusetzen. Nach § 1 Abs. 2, 3 des Strafgesetzbuchs ist eine Handlung, je nachdem sie mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit einer höheren Geldstrafe bedroht ist, eine Uebertretung oder ein Vergehen. Gemäß § 27 des Strafgesetzbuchs beträgt die Geldstrafe bei Uebertretungen mindestens 1 M., bei Vergehen wenigstens 3 M. Das gleiche müßte, je nachdem Fahrlässigkeit oder Vorsatz vorliegt, für die Strafen nach § 530 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gelten, wenn die bezeichneten Vorschriften des Strafgesetzbuchs entsprechend anzuwenden wären. Das ist jedoch nicht der Fall (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Vorbem. zu § 139). Jene Strafen gehören zu den in der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Strafen, die nicht von den Gerichten verhängt werden (zu vgl. §§ 146, 147, 148). Diese unterscheiden sich wesentlich von den Geldstrafen im Sinne des Strafgesetzbuchs (zu vgl. Hanow, Kommentar, Vorbem. zu § 139; Moesle-Rabeling, Kommentar, Vorbem. zu § 908; Hanow-Lehmann, Vorbem. zu § 1487; auch Entsch. des Reichsger. in Straff. 46 S. 423, abgedruckt in den Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 525). Letztere werden von den Trägern der allgemeinen öffentlichen Strafgewalt, insbesondere den Gerichten, festgesetzt, die Strafen nach §§ 147 ff. dagegen von den Versicherungsträgern oder den Versicherungsbehörden (zu vgl. Hahn a. a. O.). Ferner müssen die Geldstrafen im Sinne des Strafgesetzbuchs stets verhängt werden, wenn der unter Strafe gestellte Tatbestand vorliegt. Im Gegensatze hierzu sind die Versicherungsträger und Versicherungsbehörden zur Bestrafung nur befugt, nicht verpflichtet. Sodann fließen die von ihnen festgesetzten Geldstrafen regelmäßig in die Kassen der Versicherungsträger (zu vgl. § 146), die Geldstrafen im Sinne des Strafgesetzbuchs jedoch grundsätzlich in die Staatskasse. Endlich ist bei beiden Arten von Strafen die Verjährung der mit Strafe bedrohten Zuwiderhandlung sowie der Strafe selbst anders geregelt (zu vgl. §§ 147, 148 RVO.; § 67 Abs. 2, 3, § 70 Nr. 4 bis 6 Strafgesetzb.). Diese Unterschiede sind so erheblich, daß die Geldstrafen nach der Reichsversicherungsordnung, soweit sie von den Versicherungsträgern oder den Versicherungsbehörden zu verhängen sind, nicht als Geldstrafen im Sinne des Strafgesetzbuchs angesehen werden können. Demnach sind auch dessen Vorschriften über den Mindestbetrag der Geldstrafe bei Vergehen und Uebertretungen nicht anzuwenden. Vielmehr sind jene Strafen ohne Beschränkung auf einen Mindestbetrag lediglich nach freiem, pflichtmäßigem Ermessen festzusetzen. Im übrigen wird das Versicherungsamt zu beachten haben, daß gegen die Firma keine höheren Strafen als bisher verhängt werden dürfen. Da die Strafverfügungen nur von der Firma angefochten sind, können sie in entsprechender Anwendung des § 372 der Strafprozeßordnung nicht mehr zu deren Ungunsten abgeändert werden.

C. Zur Unfallversicherung.

Unfall bei einer Gefälligkeit für einen Mitarbeiter als Betriebsunfall.

Rek.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (18. Sen.) vom 22. Dezember 1915 (Ia 8021/14. 18 B.).

Ein Arbeiter G. war als Häuer auf der Schachtanlage E. beschäftigt. Eines Abends nach beendeter Schicht befand er sich mit mehreren Nebenarbeitern in der Kaue auf dem Zechenplatze, um sich für den Heimweg umzuziehen. Der Häuer M., der wie G. auf einem Fahrrad zur Arbeit gefahren war, wollte für den Heimweg seine Fahrradlaterne anzünden, um mit der brennenden Laterne den Zechenplatz zu überschreiten, sein Fahrrad, das im Fahrradraume dicht neben dem Werkshofseingange abgestellt war, herauszunehmen und die Heimfahrt anzutreten. Da M. kein Feuerzeug bei sich hatte, zündete G. ihm die Laterne an. In diesem Augenblick erfolgte ein leichter Knall, und die Kleider des Arbeiters G. gerieten in Brand; er wurde beträchtlich verletzt.

Die Knappschafts-Berufsgenossenschaft lehnte den Anspruch des Arbeiters auf Unfallentschädi-

gung ab, da das Anzünden der Fahrradlaterne lediglich im Interesse des Arbeiters selbst oder seines Nebenarbeiters geschehen sei, mit dem Betriebe aber nicht in ursächlichem Zusammenhange stehe.

Auf die Berufung des Arbeiters sprach die Spruchkammer des Königl. Knappschafts-Oberversicherungsamts in Clausthal am 28. Oktober 1914 dem Arbeiter die Unfallentschädigung zu. In der Begründung heißt es: Zweifellos stellt das Hantieren mit einem Taschenfeuerzeug an sich eher einen Vorgang des täglichen Lebens als eine besondere Eigentümlichkeit des hier in Betracht kommenden Betriebes dar. Der Begriff des Betriebsunfalls erfordere jedoch nicht, daß die Unfallgefahr eine besondere, dem Betriebe eigentümliche sei. Es genüge vielmehr, daß der Betrieb die Bedingungen geschaffen hat, die zu dem Eintritt des Unfallereignisses erheblich beigetragen haben. Es bleibe deshalb zu prüfen, ob und inwieweit letztes auf den vorliegenden Fall zutrifft. Der Kläger stelle die glaubhafte Behauptung auf, daß er die Laterne angezündet habe, um sich und seine Nebenarbeiter beim Verlassen des Zechenplatzes nicht zu gefährden, also um Vorsorge zu treffen, daß er und seine Nebenarbeiter den Zechenplatz überschreiten konnten, ohne Gefahr zu laufen, an etwa im Wege stehende Wagen oder sonstige Gegenstände anzustoßen oder durch irgendwelche im Wege liegende Hindernisse zu Fall zu kommen. Diese Handlung, überlegt und ausgeführt in einem Betriebsgebäude, habe nicht lediglich im Interesse des Klägers oder seiner Nebenarbeiter, sondern nicht weniger im Interesse des Betriebes gelegen, also zweifellos mit dem Betriebe im ursächlichen Zusammenhang gestanden. Allerdings sei als erwiesen anzusehen, daß der Zechenplatz zur Unfallzeit genügend hell beleuchtet war, es also der Vorsorge des Klägers nicht bedurft hatte. Dadurch werde aber der Zusammenhang des Unfalls mit dem Betrieb nicht gelöst. Die Absicht, die den Kläger bei der unfallbringenden Handlung leitete, sei auf eine Maßnahme gerichtet gewesen, die zwar objektiv durch die Umstände nicht zwingend geboten war, die aber doch an sich zweckmäßig, dem Betrieb nicht zuwiderlief und vom subjektiven Standpunkte des Klägers als erforderlich angesehen wurde. Schon aus diesen Gründen würde die Rente zuzusprechen sein. Der Anspruch des Klägers werde indessen noch durch folgende Erwägung gestützt: Das Fahrrad sei heute ein Beförderungsmittel, das gerade in Arbeiterkreisen sehr verbreitet ist. Es biete dem Arbeiter die Möglichkeit, den Weg vom Hause zur Arbeitsstätte und zurück in möglichst kurzer Zeit und mit möglichst geringer körperlicher Anstrengung zurückzulegen. Der Zeitgewinn erlaube dem Arbeiter, die Wohnstätte später zu verlassen und sie früher wieder zu erreichen. Er gewinne dadurch Zeit zur Erholung und kann infolgedessen seine Kräfte besser für die eigentliche Lohnarbeit ausnutzen. Auch wird dem Arbeiter durch die Benutzung des Fahrrads möglich, eine Arbeit aufzunehmen, die ihm wegen der örtlichen Entfernung sonst nicht erreichbar sein würde. Dies habe namentlich Bedeutung für Bergwerksbetriebe, insbesondere für Kalibergwerke, wenn sie in dünnbevölkerten Gegenden gelegen sind, die eine in unmittelbarer Nähe des Werks ansässige Arbeiterschaft nicht in der erforderlichen Zahl aufzubringen vermögen. Hier schafft das Fahrrad als einfaches und billiges Beförderungsmittel den Ausgleich, indem es dem Betriebe auch entfernter wohnende Arbeiter heranziehe. Aus diesen Gründen sorge auch der Unternehmer, im Betriebsinteresse dafür, daß die Fahrräder der Arbeiter in einem auf dem Zechenplatze gelegenen Gebäude untergebracht werden. Somit müsse jede Handlung, die mit dem Unterbringen oder Herausbringen der Fahrräder zusammenhängt, als mit dem Betriebe im Zusammenhang stehend angesehen werden. Es komme endlich hinzu, daß es nach polizeilicher Vorschrift verboten sei, nach Eintritt der Dunkelheit auf öffentlichen Wegen ohne brennende Laterne zu fahren. Kläger würde mithin eine öffentlich-rechtliche Bestimmung übertreten haben, wennn er den umfriedigten Werkshof ohne brennende Laterne verlassen hätte. Er sei deshalb gezwungen gewesen, die Laterne vor dem Verlassen des Zechenplatzes, also noch auf der Betriebsstätte, anzuzünden. In diese Zwanglage versetzte ihn aber lediglich seine Tätigkeit im Betriebe des Kaliwerkes. Auf Grund aller dieser Erwägungen sei im Sinne der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts, Großer Senat, vom 26. Februar 1914 (2693 (Amtl. Nachr. 1914 S. 411, Arb.Vers. 1914 S. 333) eine Verbindung zwischen den durch den Betrieb beeinflußten Bedingungen und dem Unfallereignis anzunehmen derart, daß das Unfallereignis als Folge jener Umstände anzusprechen sei.

In dem Rekurs der Knappschafts-Berufsgenossenschaft wird ausgeführt: Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts könnten dem Betriebe nur solche Verrichtungen zugerechnet werden, die dem Zwecke des Betriebes mittelbar oder unmittelbar zu fördern bestimmt sind. Das Anzünden der Fahrradlaterne, bei dem sich der Unfall ereignet hat, habe der Berufungskläger aus Gefälligkeit zu eigenwirtschaftlichen Zwecken seines Arbeitskameraden vorgenommen. Dies habe weder dem Zwecke des Betriebes gedient, noch sei es durch den Betrieb bedingt gewesen. Denn die Benutzung von Fahrrädern seitens der Arbeiter sei keine Notwendigkeit, es sei denn, daß sämtliche Arbeiter des betreffenden Werkes gezwungen wären, auf den Wegen zur und von der Betriebsstätte sich gerade eines Fahrrades zu bedienen. Auch habe keine Notwendigkeit bestanden, die Laterne schon in der Kaue oder auf dem Zechenplatze anzustecken, weil diese ausreichend beleuchtet gewesen seien. Bei den Wegen zur und von der Arbeitsstelle ständen die eigenwirtschaftlichen Zwecke der Arbeiter, aber nicht die Zwecke des Betriebes im Vordergrunde. Es seien deshalb in der Rechtsprechung Unfälle auf diesen Wegen allgemein nicht als Betriebsunfälle anerkannt worden. Folgerichtig müßten auch die Vorbereitungen hierzu als eigenwirtschaftliche Verrichtungen angesehen werden. Man würde sonst zu dem Schluß gelangen, daß ein Arbeiter, der sich zu Hause sein Fahrrad für die Fahrt zur Arbeitsstelle instand setzt und sich dabei eine Verletzung zuzieht, einen Betriebsunfall erleide. Daher könne auch in der Hilfeleistung des Berufsklägers bei der fraglichen Verrichtung eine durch den Betrieb bedingte Handlung nicht erblickt werden. Es sei hiernach wohl ein örtlicher, aber kein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Betrieb gegeben.

Das Reichsversicherungsamt hat den Rekurs zurückgewiesen mit folgender Begründung:

Der Kläger ist .... verunglückt, als er die

Fahrradlaterne seines Mitarbeiters M. anzünden wollte. M. wollte die Laterne auf dem Heimwege benutzen. Derartige gegenseitige Gefälligkeitsleistungen der Arbeiter sind oft durch die Betriebsverhältnisse bedingt und können unter Umständen dem Betriebe selbst dann zugerechnet werden, wenn die Hilfe erst nach Beendigung der eigentlichen Betriebsarbeit geleistet wird.

Der Kläger war, als er seinem Mitarbeiter M. behilflich sei wollte, noch mit dem Auswechseln der Kleider beschäftigt. Das Umkleiden ist nicht nur im räumlichen Bereich der Betriebsstätte, sondern auch unmittelbar nach Beendigung der Schicht erfolgt. Mit Rücksicht auf diese besonderen Tatumstände mußte anerkannt werden, daß auch die in Rede stehende Gefälligkeitsleistung in einer hinreichend engen Beziehung zum Betriebe gestanden hat, um sie diesem noch zurechnen zu können.

In Uebereinstimmung mit dem Oberversicherungsamt hat daher das Reichsversicherungsamt das Vorliegen eines entschädigungspflichtigen Betriebsunfalls anerkannt.

Der Ersatzanspruch der Krankenkasse gemäß § 25 GUVG. (§§ 1501 ff. RVO.) geht dem Anspruch der Berufsgenossenschaft auf Deckung eines Rentenvorschusses (§ 71 Abs. 3 GUVG.; § 1587 RVO.) vor.

Beschl. des **bayer. Verwaltungsgerichtshofes** (3. Sen.) v. 8. November 1915.

Die Ortskrankenkasse hat dem damaligen Kassenmitgliede H., der am 19. November 1910 in einem zur Tiefbau-Berufsgenossenschaft in Berlin-Wilmersdorf zugehörigen Betriebe einen Betriebsunfall erlitten hat, auch noch nach Ablauf der ersten 13 Wochen nach dem Unfalle, nämlich für die Zeit vom 19. bis 22. Febr. 1911 das satzungsmäßige Krankengeld im Betrage von (2,25 M. × 4 =) 9 M. ausbezahlt und beansprucht nunmehr von der bezeichneten Berufsgenossenschaft für diese 4 Tage dem H. zuerkannten Unfallrente im Betrage von 1069 M., sohin 5,35 M.

Die Berufsgenossenschaft bestreitet nicht, daß dem Anspruche der Ortskrankenkasse in Bezug auf Einhaltung der Anmeldefrist sowie hinsichtlich der sogenannten Einheit des Leistungsgrundes die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 25, Abs. 2—4, § 26 Abs. 1 GUVG.) zur Seite stehen; diese Annahme ist auch nach Aktenlage völlig zutreffend. Gleichwohl lehnt die Berufsgenossenschaft jede Ersatzleistung aus dem Grunde ab, weil sie an den Unfallverletzten bereits am 22. Februar 1911 einen Rentenvorschuß im Betrage von 30 M. angewiesen habe und demnach berechtigt gewesen sei, diesen Vorschuß, wie dies im Vorbescheide vom 26. Okt. und späterhin im Bescheide vom 20. Dezember 1911 geschehen sei, auf die Rente von 10,69 M. aufzurechnen. Da dem H. vom 23. Februar 1911 ab eine Rente überhaupt nicht mehr zustehe, sei auch eine Ersatzleistung im Wege der „Ueberweisung von Rentenbeträgen" ausgeschlossen.

Seitens der ersten Instanz (Stadtmagistrat München) wurde dem Ersatzanspruche der Ortskrankenkasse in der Erwägung stattgegeben, daß für die Berufsgenossenschaften eine Pflicht zur Gewährung von Vorschüssen gesetzlich nicht bestehe und daß sohin die Berufsgenossenschaft „auf eigene Gefahr" gehandelt habe, als sie dem H. einen Vorschuß in Höhe von 30 M. gewährt habe.

In dem Bescheide der Vorinstanz vom 2. März 1915, mit dem der Ersatzanspruch der Ortskrankenkasse abgewiesen wurde, wird der vorerwähnten Auffassung der ersten Instanz entgegengehalten, daß, nachdem der H. behandelnde Arzt in dem von der Berufsgenossenschaft mit Schreiben vom 9. Februar 1911 eingeholten Gutachten vom 18. desselben Monats sich dahin geäußert habe, daß H. noch für ungefähr 4 Wochen erwerbsunfähig sein werde, die Berufsgenossenschaft im Hinblicke auf § 71 Abs. 3 GUVG. verpflichtet war, dem Unfallverletzten eine vorläufige Entschädigung (Vorschuß) zuzubilligen; dieser Vorschuß sei auch keineswegs zu hoch bemessen gewesen, da die Vollrente für H. sich auf monatlich 74,85 M. berechnet haben würde. Die Berufsgenossenschaft treffe demnach auch kein Verschulden, daß Rentenbeträge zur Befriedigung des Ersatzanspruchs der Ortskrankenkasse nicht mehr zur Verfügung standen.

Den letzterwähnten Ausführungen in dem vorinstanziellen Bescheide ist beizupflichten; desgleichen kann mit Rücksicht darauf, daß nach Sachlage — insbesondere mit Rücksicht auf die Möglichkeit rascher Besserung des Befindens des Unfallverletzten — für die Berufsgenossenschaft Anlaß bestand, mit der Einholung eines ärztlichen Gutachtens bis gegen Ablauf der ersten 13 Wochen zuzuwarten, die in der Beschwerde der Ortskrankenkasse vom 14. April 1915 zum Ausdrucke gelangte Aufstellung einer der Berufsgenossenschaft zur Last liegenden, sohin schuldhaften Verzögerung der Bescheidserteilung als zutreffend nicht erachtet werden.

Der Gerichtshof ist indessen gleichwohl der Anschauung, daß der Ersatzanspruch der Ortskrankenkasse gesetzlich begründet ist.

In dem Bescheide der Tiefbau-Berufsgenossenschaft vom 20. Dezember 1911 ist ausdrücklich festgestellt, daß dem H. aus Anlaß des erwähnten Unfalles „für die Zeit vom 19. Februar bis einschließlich 22. Februar 1911" eine Rente zusteht, die unter Zugrundelegung von 74,85 M. sich zu berechnen habe. Dementsprechend ist auch in der dem Bescheide angefügten „Abrechnung" die Rente

für die Zeit vom 19. bis 22. Februar 1911 (aus 74,85 M.) mit 10,69 M. berechnet.

Infolge der Aufrechnung des Vorschusses von 30 M. auf die Rente von 10,69 M. hatte die Berufsgenossenschaft allerdings im Vollzuge des Feststellungsbescheids vom 20. Dezember 1911 eine Zahlung an H. überhaupt nicht mehr zu leisten; allein die Berechtigung der Berufsgenossenschaft zur Aufrechnung des Vorschusses auf die Rente hat nach Anschauung des Gerichtshofes die rechtliche Wirkung, daß die Vorschußzahlung, insoweit sie den Betrag der berechneten Rente nicht übersteigt, der Auszahlung der Rente selbst gleichsteht.

Der Einwand aber, daß die Berufsgenossenschaft mit Rücksicht auf die Vorschrift in § 71 Abs. 3 GUVG. zu der erwähnten Vorschußleistung verpflichtet und daher garnicht in der Lage war, die Hälfte der dem H. zugesprochenen Unfallrente — in Berücksichtigung des Rentenüberweisungsantrages der Ortskrankenkasse — für diese Krankenkasse zurückzubehalten, erledigt sich durch die Erwägung, daß die angezogene Gesetzesstelle lediglich die rechtlichen Beziehungen zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Unfallverletzten zu regeln bestimmt ist, sohin nicht die Wirkung auszuüben vermag, daß hierdurch auch die Rentenüberweisungsansprüche, die den Krankenkassen gegenüber den Berufsgenossenschaften zustehen, eine Beeinträchtigung erfahren.

Da im vorliegenden Falle die Aufwendung der Krankenkasse für Krankengeldzahlung an H. (nach Ablauf der ersten 13 Wochen nach dem Unfall) auf 9 M. sich belaufen, dem H. aber für die Zeit vom 19. bis 22. Februar 1911 eine Unfallrente im Betrage von 10,69 M. durch berufsgenossenschaftlichen Endbescheid zugesprochen wurde, ergibt sich im Hinblick auf § 25 Abs. 2, 4 des GUVG. für die Tiefbau-Berufsgenossenschaft die Verpflichtung, die Ortskrankenkasse München (Stadt) für ihre Aufwendungen bis zum Betrage der Rentenhälfte,, d. i. mit 5,35 M., schadlos zu halten. („Berufsgenossenschaft")

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Antragsrechte in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers v. 12. Mai 1916 (RGBl. S. 371).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. Aug. 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Wenn der Versicherte als Angehöriger der bewaffneten Macht des Deutschen Reichs oder eines mit ihm verbündeten oder befreundeten Staates an dem gegenwärtigen Kriege teilgenommen hat (§ 15 BGB.) und vor der Feststellung seines Todes während des Krieges vermißt gewesen ist, gilt der Berechtigte im Sinne des § 1253 RVO. als verhindert, den Antrag rechtzeitig zu stellen.

Das Hindernis gilt als weggefallen

1. mit dem Schlusse des Kalenderjahrs, das dem Jahre folgt, in dem der Krieg beendet ist,
2. wenn aber vorher
   a) der Tod des Versicherten in das Sterberegister eingetragen wird, mit dem Tage dieser Eintragung,
   b) der Versicherte für tot erklärt wird, mit dem Tage, an dem das die Todeserklärung aussprechende Urteil ergeht.

Kommen beide Tage der Nr. 2 in Frage, so ist der frühere maßgebend.

Das vorstehende gilt entsprechend für Versicherte, die nicht zur bewaffneten Macht gehören, wenn sie sich bei ihr aufgehalten haben oder ihr gefolgt sind, oder wenn sie in die Gewalt des Feindes geraten sind.

§ 2. Unter den Voraussetzungen des § 1 Abs. 1, 4 beginnt die Ausschlußfrist für den Antrag auf Witwengeld nach § 1300 RVO. mit dem im § 1 Abs. 2, 3 bestimmten Zeitpunkt.

Ist eine Witwe innerhalb der letzten drei Monate der vorstehend oder der im § 1300 RVO. vorgeschriebenen Frist infolge von Kriegsverhältnissen verhindert gewesen, den Anspruch auf das Witwengeld geltend zu machen, so gilt der Anspruch als rechtzeitig erhoben, wenn er vor dem Ablauf von drei Monaten nach dem Wegfall des Hindernisses geltend gemacht worden ist.

§ 3. Stirbt ein Versicherter oder ein zum Bezug einer Hinterbliebenenrente oder eines Witwengeldes Berechtigter, ohne seinen Anspruch erhoben zu haben, und ist er an der Erhebung durch Kriegsverhältnisse verhindert gewesen, so sind zur Geltendmachung des Anspruchs und zum Bezuge der auf die Zeit bis zum Todestag entfallenden Beträge nacheinander berechtigt der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister, wenn sie mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben.

§ 4. Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft.

Ansprüche, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündigung dieser Verordnung schwebt, unterliegen deren Vorschriften. Ihre Nicht-

anwendung gilt auch dann als Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte.

Sind Ansprüche nach dem 31. Juli 1914 abgelehnt worden, so hat sie die Versicherungsanstalt, soweit nicht Abs. 2 Platz greift, nach den Vorschriften dieser Verordnung zu prüfen. Führt diese Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigeren Ergebnis oder wird es von dem Berechtigten verlangt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen.

Strafen gegen mehrere Mitglieder eines Genossenschaftsvorstandes aus §§ 1488, 1493 RVO.; Vermutung des Verschuldens; Gesamthaft.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Dezbr. 1915 (2169 Amtl. Nachr. 1916 S. 385).

Das Versicherungsamt hatte durch rechtskräftig gewordene Entscheidung vom 10. Dezbr. 1912 den bei einem Darlehnskassenverein, einer eingetragenen Genossenschaft beschäftigten Rechner für versicherungspflichtig erklärt. Da für ihn in der Zeit vom 17. Januar 1904 bis zum 1. April 1912 keine Beiträge zur Invalidenversicherung entrichtet worden waren, hat die Landesversicherungsanstalt gegen jedes der namentlich benannten fünf Vorstandsmitglieder am 19. Oktober 1912 auf Grund der §§ 1488 und 1493 RVO. rechtzeitig innerhalb der Verjährungsfrist des § 147 Strafverfügungen in Höhe von je 3 M. erlassen. Die Bestraften haben rechtzeitig Beschwerde eingelegt. Sie haben namentlich geltend gemacht, daß gegen sie alle nur eine einzige Strafe hätte verhängt werden dürfen.

Die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts hat die Sache gemäß §§ 1500, 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben und seine Rechtsauffassung dahin ausgesprochen, daß die Bestrafung jedes einzelnen Vorstandsmitglieds der eingetragenen Genossenschaft mit einer besonderen Strafe nicht zu beanstanden sei. Eine gesamtschuldnerische Haftung der Bestraften für den gegen jeden Einzelnen von ihnen festgesetzten Strafbetrag sei in der Reichsversicherungsordnung nicht vorgesehen und daher nicht zulässig. — Das Reichsversicherungsamt hat in entgegengesetztem Sinne entschieden aus folgenden Gründen:

Daß für den Rechner L. Beiträge in der Zeit vom 17. Januar 1904 bis zum 1. April 1912 zu entrichten waren, ist in dem Vorverfahren nach § 1459 RVO. rechtskräftig festgestellt. Diese Feststellung ist auch für das vorliegende Strafverfahren bindend (zu vgl. § 1488 Abs. 3). Da die Beiträge nicht rechtzeitig entrichtet worden sind, so ist objektiv der Tatbestand des § 1488 Abs. 1 erfüllt.

Die einzelnen Strafverfügungen des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt B. konnten allerdings im ganzen nicht aufrecht erhalten werden. Auf Grund der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (zu vgl. Entsch. 1709, 1811 und 1913, Amtl. Nachr. 1913 S. 482 und 1914 S. 383 und S. 738; übrigens für den § 909 Nr. 3 auch die Entsch. 2715, Amtl. Nachr. 1914 S. 545) ist daran festzuhalten, daß die Anwendung des § 1488 Vorsatz oder Fahrlässigkeit voraussetzt. Die Landesversicherungsanstalten haben daher, wenn ihnen Verfehlungen der im § 1493 Nr. 1 bezeichneten juristischen Personen nach § 1488 der Reichsversicherungsordnung bekannt werden, mit tunlichster Beschleunigung wegen der kurzfristigen Verjährung von 3 Monaten (zu vgl. § 147 RVO. und Entsch. 1812, Amtl. Nachr. 1914 S. 385) Ermittlungen darüber anzustellen, wen von den Vorstandsmitgliedern der juristischen Personen bei der Unterlassung eine Schuld trifft. Nur durch eine gegen den Täter gerichtete Handlung dessen, der zur Verhängung der Strafe zuständig ist, wird die Verjährung unterbrochen (§ 147 Abs 3). Ermittlungen darüber, wer der Täter ist, würden zur Unterbrechung der Verjährung regelmäßig nicht ausreichen. Gegen das schuldige Mitglied ist dann die Strafe nach § 1488 festzusetzen. Ergibt sich während dieser Feststellungen, daß die weiteren Ermittlungen schwierig und zeitraubend sind, so daß die Gefahr der Verjährung (§ 147) besteht, oder steht es von Anfang an fest, daß diese Schwierigkeiten eintreten werden, was in jedem einzelnen Falle die Landesversicherungsanstalten nach pflichtmäßigem Ermessen zu entscheiden haben, so sind sie berechtigt, gegen die einzelnen Vorstandsmitglieder der genannten juristischen Personen als solche Strafverfügungen zu erlassen. Diese Strafverfügungen haben aber unter der gesamtschuldnerischen Haftung der einzelnen Vorstandsmitglieder für den festgesetzten Strafbetrag zu ergehen (zu vgl. Moesle-Rabeling, Kom., 3. Aufl. Vorbem. zu § 908 S. 582 unten, S. 583).

Die Bestrafung sämtlicher Vorstandsmitglieder zunächst verstößt nicht gegen die Forderung des Vorliegens eines Verschuldens. Denn ein solches kann im allgemeinen in jedem einzelnen Falle schon darin erblickt werden, daß der gesamte Vorstand einer juristischen Person, also auch seine einzelnen Mitglieder, sich nicht oder nicht in ausreichendem Maße um die Versicherungspflicht der von der juristischen Person beschäftigten Personen gekümmert oder eine Entscheidung über ihre Beitragspflicht nach § 1459 nicht herbeigeführt haben (zu vgl. die Ausführungen in der Entsch. 1709, Amtl. Nachr. 1913 S. 482). Insbesondere kann auch ein Irrtum über die Versicherungspflicht dieser Personen keine strafbefreiende Wirkung haben. Ob die Grundsätze über den strafrechtlichen Irrtum auf dem Gebiete des Ordnungsstrafrechts überhaupt Anwendung finden, kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls würde es sich hier nicht um einen unter Umständen straffreien Tatsachenirrtum

handeln, sondern um einen unbeachtlichen Irrtum über ein Strafgesetz. Denn zu den Strafrechtsnormen gehören nicht nur die strafrechtlichen Vorschriften selbst, sondern auch die Rechtsbegriffe wie beispielsweise über die Versicherungspflicht, welche das Strafrecht in seine Vorschriften aufgenommen und damit zum Bestande des Strafgesetzes gemacht hat (zu vgl. Reichsger. in Straff. 15 S. 420 ff., auch Stenglein, Strafrechtl. Nebengesetze Bd. III 4. Aufl. Anm. 4 zu § 140 S. 355 und Anm. 2 zu § 529 RVO. S. 398). Es ist deshalb an dem vom Reichsversicherungsamt in der Entsch. 1709 (Amtl. Nachr. 1913 S. 482) aufgestellten Grundsatz festzuhalten: wer als Arbeitgeber Versicherungspflichtige beschäftigt, muß sich über die Pflichten unterrichten, die Gesetz und Ausführungsbestimmungen den Arbeitgebern in bezug auf die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung dieser Personen auferlegen. Unterläßt er dies, so trifft ihn bei Verletzung solcher Pflichten zum mindestens der Vorwurf der Fahrlässigkeit.

Von dieser Vermutung eines Verschuldens könnte sich das einzelne Vorstandsmitglied einer juristischen Person nur dann befreien, wenn es den Nachweis erbringt, daß die Prüfung einer etwaigen Beitragspflicht der beschäftigten Personen und die Beitragsentrichtung selbst nicht zu den Aufgaben gehört, die ihm nach der Geschäftsordnung oder der üblichen Leitung der Angelegenheiten der juristischen Person obliegen. Vermag kein Mitglied des Vorstandes einen solchen Beweis zu führen — und in dieser Beziehung ergeben im vorliegenden Falle die Akten nichts —, so bleiben die erlassenen Strafverfügungen gegen die sämtlichen Vorstandsmitglieder zu Recht bestehen. In dieser Hinsicht war also das Verfahren der Landesversicherungsanstalt B. nicht zu beanstanden. Denn sie hat zutreffend die Strafverfügungen gegen die einzeln benannten Vorstandsmitglieder der Genossenschaft als solche erlassen.

Dagegen waren die Strafverfügungen insofern mangelhaft, als sie nicht den Zusatz enthalten, daß die Bestraften als Gesamtschuldner für die gegen jeden einzelnen festgesetzte Strafe haften. Ein solcher Zusatz ist aber erforderlich.

Es handelt sich hier um die Frage, ob bei der Bestrafung von mehreren Vorstandsmitgliedern einer juristischen Person eine Gesamthaftung der sämtlichen bestraften Vorstandsmitglieder in der Weise eintritt, daß mit der Bezahlung der Strafe durch ein Mitglied des Vorstandes die anderen Mitglieder von der Verpflichtung zur Entrichtung der Strafe befreit werden. Aus dem Wortlaut des § 1493 läßt sich die Frage nicht entscheiden. Die Reichsversicherungsordnung hat hier diese Frage offen gelassen. Daraus, daß nach dem allgemeinen öffentlichen Strafrecht eine derartige Gesamtbestrafung unzulässig und nur in einzelnen strafrechtlichen Nebengesetzen (zu vgl. § 72 des Reichsstempelgesetzes vom 3. Juni 1906, RGBl. 1906 S. 695 ff., § 53 des Reichszuwachssteuergesetzes vom 14. Februar 1911 RGBl. 1911 S. 33 ff. und § 17 Abs. 6 des preußischen Stempelsteuergesetzes in der Fassung vom 30. Juni 1909, Preußische Gesetzsammlung 1909 S. 535 ff.) besondere Vorschriften über eine solche Art der Bestrafung enthalten sind, kann nicht geschlossen werden, daß diese Gesamtbestrafung auf dem Gebiete der Reichsversicherungsordnung unzulässig sei. Denn das sogenannte Ordnungsstrafrecht der Reichsversicherungsordnung weicht in wesentlichen Punkten von dem allgemeinen Strafrecht ab, wie das Reichsversicherungsamt bereits in einer Entscheidung des Beschlußsenats vom 30. Oktober 1915 mit ausführlicher Begründung dargelegt hat (zu vgl. Entsch. 2168, Amtl. Nachr. 1916 S. 383). Es lag daher auch keine Veranlassung vor, den für das allgemeine Strafrecht geltenden Rechtssatz, daß, wenn mehrere Täter wegen derselben Straftat mit Geldstrafen belegt sind, die Zahlung der Geldstrafe durch den einen die anderen nicht befreit, auf das Ordnungsstrafrecht der Reichsversicherungsordnung zu übertragen.

Vielmehr sprechen für die einheitliche Gesamtbestrafung sowohl die geschichtliche Entwicklung auf dem Gebiete der versicherungsrechtlichen Strafvorschriften als auch Zweckmäßigkeitserwägungen. So war die Bestrafung unter Gesamthaftung bei den Zuwiderhandlungen der Genossenschaftsmitglieder gegen Unfallverhütungsvorschriften sogar eine Notwendigkeit. Denn hier bestand die Strafe nach § 78 UVG. vom 6. Juli 1884 lediglich darin, daß der Betrieb in eine höhere Gefahrklasse eingeschätzt wurde oder, falls er sich bereits in der höchsten Gefahrklasse befand, daß Zuschläge zu den Beiträgen bis zu ihrem doppelten Betrage festgesetzt wurden. Da die Beiträge aber gegen Mitunternehmer einheitlich unter gesamtschuldnerischer Haftung festgesetzt wurden, so war die Strafe auch in gleicher Weise festzusetzen. Das GUVG. vom 30. Juni 1900 änderte im § 12 diese Rechtslage nur insofern, als neben der Erhöhung der Beiträge wahlweise auch feste Geldstrafen zugelassen wurden. Die Reichsversicherungsordnung hat die strafweise Höhereinschätzung oder die strafweisen Beitragszuschläge fallen gelassen und im § 851 bei Zuwiderhandlungen gegen die Unfallverhütungsvorschriften ausschließlich Geldstrafen vorgesehen. Die andere Art der Bestrafung wurde beseitigt, weil sich ihre Höhe meist schwer und erst spät feststellen läßt und weil das im § 112 GUVG. angestrebte Ziel schon durch die Geldstrafe erreicht wird (zu vgl. Begr. zum Entw. der RVO. S. 330). Hinsichtlich der Person der zu Bestrafenden sollte dadurch nichts geändert werden. Wie es

bei einer Mehrheit von gesetzlichen Vertretern usw. in dieser Beziehung zu halten sei, konnte unter dem früheren Rechte nicht in Frage kommen, da damals bei Verstößen gegen die Unfallverhütungsvorschriften nur die Unternehmer selbst, nicht deren gesetzliche Vertreter bestraft werden konnten. Die Reichsversicherungsordnung schreibt jetzt im § 912 auch für diese Fälle die Bestrafung der gesetzlichen Vertreter usw. vor. Da nach dieser Vorschrift die gesetzlichen Vertreter dem Unternehmer „gleichstehen", so muß auch eine Gleichstellung in der oben erörterten Beziehung stattfinden. Danach ist die Strafe auch z. B. gegen mehrere Mitglieder des Vorstandes einer eingetragenen Genossenschaft unter Gesamthaftung einheitlich festzusetzen. Was von der Bestrafung wegen Zuwiderhandlungen gegen Unfallverhütungsvorschriften Rechtens ist, muß in gleicher Weise von der Bestrafung wegen anderer Verstöße gegen die Vorschriften der Unfallversicherung gelten. Denn nach dem Gesetze läßt sich hier kein Unterschied machen. Was von dem § 912 für die Unfallversicherung zutrifft, muß auch für die fast gleichlautende Vorschrift im § 1493 für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gelten, da Wesen und Zweck der Ordnungsstrafe nach dem Dritten und Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung die gleichen sind.

Auch Zweckmäßigkeitsgründe sprechen dafür, in Fällen, wie dem vorliegenden, nur die einmalige Bezahlung der Geldstrafe zuzulassen. Zunächst handelt es sich nur um einen einzigen Verstoß vom Standpunkt des Ordnungsstrafrechts aus. Dem Bedürfnis des Ordnungsstrafrechts nach Sühne wird schon die einmalige Bezahlung einer Geldstrafe gerecht. Bei der Festsetzung einheitlicher Strafen unter gesamtschuldnerischer Haftung werden auch die Schwierigkeiten vermieden, die sonst entstehen würden, wenn nach § 1488 Abs. 1 Satz 2 neben der der Geldstrafe die Zahlung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände auferlegt werden sollte. Diese besonders geartete Nebenstrafe (zu vergleichen Entscheidung 1811 Amtl. Nachr. 1914 S. 383) könnte nach ihrem Zwecke jedenfalls nur einmal auferlegt und gefordert werden. Sodann aber erscheint es aus öffentlich-rechtlichen Gründen durchaus nicht wünschenswert, die Zahl der Strafen zu häufen und gleichzeitig mehrere Strafen zu verhängen, von denen von vornherein feststeht, daß in der Regel nur eine im Beschwerdeverfahren aufrecht erhalten werden könnte. Dadurch würde eine Beunruhigung in weite Kreise der Bevölkerung hineingetragen werden, auf deren tätige Mitarbeit die Landesversicherungsanstalten bei der Durchführung ihrer Aufgaben angewiesen sind. Aus allen diesen Erwägungen müssen mit der Bezahlung der Geldstrafe durch ein Vorstandsmitglied der im § 1493 Nr. 1 genannten juristischen Personen die Strafverfügungen gegen die anderen Vorstandsmitglieder ihre Kraft verlieren.

Wendet man diese Grundsätze auf den vorliegenden Fall an, so ergibt sich, daß die Landesversicherungsanstalt B. bei ihren Strafverfügungen gegen die Vorstandsmitglieder des K.er Darlehnskassenvereins einen Zusatz über die gesamtschuldnerische Haftung der einzelnen Vorstandsmitglieder für den Eingang der Strafen hätte hinzufügen müssen.

Da die Höhe der festgesetzten Strafe zu Bedenken keinen Anlaß bot, so waren die Beschwerden der fünf Vorstandsmitglieder des K.er Darlehnskassenvereins gegen die Strafverfügungen der Landesversicherungsanstalt B. vom 19. Oktober 1912 lediglich mit der Maßgabe zurückzuweisen, daß die Bestraften als Gesamtschuldner für die festgesetzte Strafe von 3 M. haften.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Beitragserstattung nach § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Bekanntmachung des Reichskanzlers v. 11. Mai 1916 (RGBl. S. 370).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. Aug. 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Wenn der Versicherte als Angehöriger der bewaffneten Macht des Deutschen Reichs oder eines mit ihm verbündeten oder befreundeten Staates an dem gegenwärtigen Kriege teilgenommen hat (§ 15 BGB.) und vor der Feststellung seines Todes während des Krieges vermißt gewesen ist, so wird die Frist für die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs nach § 398 Satz 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, wie folgt berechnet:

Die Frist beginnt

1. mit dem Schlusse des Kalenderjahrs, in welchem der Krieg beendet ist,
2. wenn aber vorher
   a) der Tod des Versicherten in das Sterberegister eingetragen wird, mit dem Tage dieser Eintragung,
   b) der Versicherte für tot erklärt wird, mit dem Tage, an dem das die Todeserklärung aussprechende Urteil ergeht.

Kommen beide Tage der Nr. 2 in Frage, so ist der frühere maßgebend.

Das Vorstehende gilt entsprechend für Ver-

sicherte, die nicht zur bewaffneten Macht gehörten, wenn sie sich bei ihr aufgehalten haben oder ihr gefolgt sind oder wenn sie in die Gewalt des Feindes geraten sind.

§ 2. Ist der Berechtigte innerhalb der im § 398 Satz 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte oder der im § 1 dieser Verordnung bestimmten Frist infolge von Kriegsverhältnissen verhindert gewesen, den Erstattungsanspruch geltend zu machen, so gilt der Anspruch als rechtzeitig erhoben, wenn er vor dem Ablauf von drei Monaten nach dem Wegfall des Hindernisses geltend gemacht worden ist.

§ 3. Wird nachgewiesen, daß ein Versicherter, der als verschollen galt, noch lebt, so braucht die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die zu Unrecht erstatteten Beiträge nicht zurückfordern.

§ 4. Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft.

Ansprüche auf Beitragserstattung, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündigung dieser Verordnung schwebt, unterliegen den Bestimmungen dieser Verordnung.

Ist nach dem 31. Juli 1914 eine Beitragserstattung wegen Verfalls des Anspruchs nach § 398 Satz 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte rechtskräftig abgelehnt worden, so ist von Amts wegen zu prüfen, ob die Bestimmungen dieser Verordnung für den Berechtigten günstiger sind. Wird diese Frage bejaht oder wird es von dem Berechtigten verlangt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Abänderung der Reichsversicherungsordnung.
Beginn der Altersrente beim 65. Lebensjahr.

Der Reichstagsausschuß zur Beratung der Abänderungen der Reichsversicherungsordnung nahm heute die Vorlage, nach der die Arbeiteraltersrente statt beim 70. schon beim 65. Lebensjahre beginnen soll, an und beschloß weiter, diejenigen Paragraphen der Reichsversicherungsordnung zu streichen, die verbieten, daß Witwen- und Waisenrenten in einer Familie zusammen höher sein können, als die Rente, die der Vater bezogen hätte. Finanziell hat dieser Beschluß keine sehr große Bedeutung, die Regierung widersprach ihm aber aus grundsätzlichen Erwägungen, weil in allen Pensions- und Reliktengesetzen dieses Prinzip feststeht. Der Ausschuß beschloß, in das Protokoll aufzunehmen, daß sein Beschluß kein Präjudiz bei der Neuordnung anderer Versicherungsgesetze, insbesondere bei der Beamtenpensionierung sein soll.

Weiter wurde darüber verhandelt, ob die Krankenkassen verpflichtet seien, Anfragen der Militärbehörden, ob der Krankenkasse angehörige Militärpersonen früher krank gewesen seien, zu beantworten. Ein Regierungsvertreter erklärte, daß eine rechtliche Verpflichtung wohl kaum bestände, daß man es aber im Interesse der Kranken als wünschenswert bezeichnen müßte, wenn derartige Anfragen beantwortet würden, weil davon evtl. die raschere Erledigung der Pensionierung abhängen könne.

Dann beriet der Ausschuß über § 719 RVO., betreffend die Verwendung der Rücklagen bei den Berufsgenossenschaften. Ein Ausschußmitglied trat dafür ein, diesen Paragraphen so auszulegen, daß diese Gelder mehr wie bisher verwendet würden, um dem Mittelstande die notwendige Kreditgewährung nach dem Frieden zu ermöglichen. Ein Regierungsvertreter erklärte, daß Verhandlungen in dieser Beziehung bereits stattgefunden haben, und zwar zwischen dem Reichsversicherungsamt und den Berufsgenossenschaften. Das Reichsversicherungsamt sei geneigt, diesen Wünschen möglichst entgegenzukommen, es hätten sich aber Schwierigkeiten herausgestellt, einmal dahin, daß nicht immer, wenn diese Kapitalien hierzu verwendet würden, für die Mitglieder der Berufsgenossenschaften selbst die von ihnen aufgebrachten Gelder reserviert bleiben würden; andererseits würden während des Krieges die Berufsgenossenschaften kaum bereit sein, einer solchen Anregung Folge zu geben, denn infolge des Krieges gingen die Beiträge bei den Berufsgenossenschaften nicht restlos ein. Vielleicht steht zu hoffen, daß nach dem Kriege die Stellungnahme der Berufsgenossenschaften gegenüber dieser Frage eine andere sein werde. Uebrigens hätten die Einzelregierungen bereits Vorkehrungen getroffen, um dem Mittelstand Kreditgewährung zu seinem wirtschaftlichen Wiederaufbau zu erleichtern.

Fürsorgemaßnahmen der Versicherungsanstalten.
(Vollversammlung der Vorsitzenden usw. in Leipzig).

Die Vorsitzenden und andere Beamte der Vorstände der deutschen Versicherungsanstalten haben am 10. und 11. April dieses Jahres im Rathause zu Leipzig eine Versammlung abgehalten, der auch Vertreter des Reichsversicherungsamts, des Sächsischen und Bayrischen Landesversicherungsamtes, des Sächsischen Kriegsministeriums, der Stadt Leipzig und von Sonderanstalten beiwohnten. Der erste und der zweite Punkt der Tagesordnung betrafen die Wohnungsfürsorge, der die Versicherungsanstalten von jeher besonderes Interesse zugewendet und für deren Förderung sie bis zum Schlusse des Jahres 1915 insgesamt 503 441 892 M. darlehnsweise hingegeben haben. Die Versammlung gelangte zu folgenden, vom ständigen Ausschuß der Versicherungsanstalten vorberatenen und gebilligten Leitsätzen:

Leitsätze.

I. Förderung des Kleinwohnungsbaues nach dem Kriege.

1. Der Bedarf an Kleinwohnungen wird nach dem Kriege voraussichtlich ein gesteigerter sein, namentlich in Gegenden mit starkem Arbeiterzuzug.

2. Demgegenüber werden die für den gemeinnützigen Kleinwohnungsbau verfügbaren Mittel der Landesversicherungsanstalten wahrscheinlich geringer sein, als vor dem Kriege, denn die zu erwartenden Mehrausgaben für Renten, Heilverfahren, Hinterbliebenenfürsorge, Erfüllung früher eingegangener Verpflichtungen usw. werden keinen genügenden Ausgleich finden durch Mehreinnahmen.

3. Anders als durch Aufwendung eigener Mittel können die Versicherungsanstalten den Kleinwohnungsbau nicht fördern.

a) Der Weg einer allgemeinen Bürgschaftsübernahme für zweite Hypotheken im Sinne des Antrages Dernburg ist nicht gangbar.

b) Die Aufnahme eigner Schulden, auch durch Ausgabe von Pfandbriefen, ist ebenfalls abzulehnen.

Eine stärkere Ausnutzung der verfügbaren Mittel ist u. a. dadurch möglich, daß die Versicherungsanstalten die Darlehnsuchenden bezüglich der ersten Hypothek auf andere Quellen verweisen und sich auf Bewilligung zweiter Hypotheken beschränken.

4. Darlehnsempfänger kann nur sein, wer ausschließlich oder überwiegend für Versicherte baut und sich den von der Versicherungsanstalt insbesondere zur Wahrung der Gemeinnützigkeit und zur Ausschaltung der Gewinnsucht festgesetzten Bedingungen unterwirft.

5. Die Darlehnsbedingungen, welche die Versicherungsanstalten zum Zwecke der Herstellung gesunder und zweckmäßig eingerichteter Wohnungen und der dauernden Sicherung dieses Zweckes stellen müssen, sollen einen Ausgleich finden durch Vergünstigung hinsichtlich des Zinsfußes, der Beleihungsgrenze und der Rückzahlung. Der Zinsfuß wird allerdings für die Dauer der jetzigen Lage des Geldmarktes ein höherer sein müssen, als bisher. Im übrigen muß die Gestaltung der Darlehnsbedingungen im einzelnen den Versicherungsanstalten überlassen bleiben.

6. Ein Recht auf Ansiedlung steht Kriegsteilnehmern, Kriegsinvaliden und Kriegerwitwen nicht zu. Praktischen Erfolg kann die Ansiedlung nur dann haben, wenn der Anzusiedelnde dafür nach Herkunft, Neigung, Fähigkeiten und Familienverhältnissen geeignet ist und aus eigenen Mitteln eine entsprechende Anzahlung leistet.

Die Durchführung der Ansiedlungsarbeit kann nicht Sache der Versicherungsanstalten sein, muß vielmehr innerhalb des Rahmens der allgemeinen inneren Kolonisation durch die auf diesem Gebiete praktisch tätigen großen und kleinen Siedlungsgesellschaften erfolgen. Wohl aber können die Versicherungsanstalten diese Ansiedelungen durch Bewilligung von Hypothekendarlehen für Versicherte sowie durch Geldbeteiligung bei den genannten Gesellschaften unterstützen.

II. Wohnungsfürsorge für kinderreiche Familien.

1. Die Wohnungsfürsorge für die kinderreichen Familien der minderbemittelten Bevölkerung ist eine der dringendsten Aufgaben der Allgemeinheit. Ihre Lösung muß trotz der großen Schwierigkeiten, die sie bietet, ohne Verzug planmäßig in Angriff genommen werden. Ein Hinausschieben würde die Lage verschlimmern und die Lösung noch mehr erschweren.

2. Die aus den gegenwärtigen Verhältnissen sich ergebende gesundheitliche Schädigung der versicherungspflichtigen Bevölkerung hat in der Zukunft notwendig eine große Belastung der Versicherungsanstalten zur Folge. Sie sind deshalb bereit, sich innerhalb der ihnen gezogenen Grenzen an dieser Fürsorge zu beteiligen. Dies kann außer durch Hergabe von Darlehen insbesondere geschehen durch Gewährung von Beihilfen zu den Kosten der Einrichtungen zugunsten kinderreicher Familien (Spielplätze, Kinderhorte usw.).

3. Die Versicherungsanstalten und die private und gemeinnützige Bautätigkeit können allein die Aufgaben in befriedigender Weise nicht lösen. Es bedarf unbedingt gleichzeitig durchgreifender Maßnahmen von Reich, Staat und Gemeinden. —

Ferner wurde in der Versammlung auch die weitere Durchführung der Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten besprochen. Hierüber hatten bereits früher unter Leitung des Reichsversicherungsamtes Verhandlungen mit Vertretern der deutschen Versicherungs- und Sonderanstalten, der Heeresverwaltung, der Reichsversicherungsanstalt, der Aerzteschaft, der Krankenkassen und verschiedener Berufsorganisationen stattgefunden, die zu allgemeiner Anerkennung der geplanten Einrichtungen, insbesondere auch der Beratungsstellen mit kostenloser und unbedingt verschwiegener Beobachtung für Versicherte und ihnen nahestehende Kreise, geführt hatten.

Weitere Gegenstände der Tagesordnung bildeten insbesondere die Verwendung der von den Versicherungsanstalten gemeinsam für Zwecke der Kriegswohlfahrtspflege beigesteuerten Geldbeträge, die zu erwartende Aenderung der Reichsversicherungsordnung, die Beurteilung der Invalidität bei Kriegsverstümmelten und die Art des Verfahrens bei Rentenanträgen Kriegsbeschädigter sowie die Verschollenheitserklärung bei Vermißten.

Eine Eingabe wegen Einführung einer Mutterschaftsversicherung nach dem Kriege

haben zahlreiche Vereine und Organisationen an den Bundesrat und den Reichstag gerichtet. Aus der allgemeinen Begründung heben wir folgendes hervor:

Die Wehrkraft des Deutschen Volkes hängt ab von seiner fortschreitenden Bevölkerungsziffer. Deutschland hätte in dem Weltkrieg nicht bestehen können, wenn es nicht in jedem Jahre ungeheure Ueberschüsse der Geburten über die Sterbefälle aufgewiesen hätte. Während noch 1871 die Bevölkerung des Deutschen Reiches nicht viel höher gewesen sei, als die Frankreichs, weist sie heute eine um mehr als 70 Prozent höhere Ziffer auf. Nur wenn es auch nach dem Friedensschlusse gelinge, diese hohen Geburtenüberschüsse aufrecht zu erhalten, dürfe man die Hoffnung hegen, den weiter drohenden Gefahren von Ost und West zu begegnen. Dieses Ziel könne nur erreicht werden, wenn jedes Menschenleben von seiner Geburt an als kostbares Gut gepflegt und vor Vernichtung bewahrt werde. Von besonderer Wichtigkeit sei dabei der Schutz der Mütter und der Säuglinge. Schon bisher hat der Gesetzgeber diesen Schutz auf seine Fahne geschrieben. Die Arbeiterversicherungsgesetzgebung habe nach Leistungen und Personenkreis diese Aufgabe immer umfassender in Angriff genommen und auch in der Arbeiterschutzgesetzgebung sei die Arbeitsruhe vor und nach der Entbindung immer mehr ausgedehnt worden. Während des Krieges sei durch drei Bundesratsverordnungen die Wochenhilfe für Kriegsteilnehmer-Ehefrauen weit über den Kreis der bisher von der Sozialversicherung erfaßten Personen hinaus

in sehr beachtenswerter Weise mit Reichsmitteln organisiert worden. Aber so bedeutsam diese Leistungen auch seien und so segensreich sie schon gewirkt hätten, so seien sie doch, gemessen an der Größe der Aufgabe, noch unzureichend. Es gelte also, das bereits Bestehende noch weiter auszubauen und einem immer größeren Personenkreis zugute kommen zu lassen. — Im weiteren wird dann auf die sich hieraus ergebenden Hauptprobleme und auf das zur Durchführung Erforderliche näher eingegangen. Daran schließt sich die folgende Zusammenfassung der sich ergebenden Forderungen:

1. Allgemeines.

Einrichtung der Mutterschaftsversicherung für erwerbstätige Personen wie für nicht erwerbstätige Ehefrauen. Gleichstellung der ehelichen und unehelichen Geburten.

2. Leistungen der Mutterschaftsversicherung.

a) Gewährung eines Wochengeldes für die Dauer von 8 Wochen nach der Entbindung in Höhe von 75 Prozent des Lohns.

b) Gewährung eines Schwangerengeldes bis zu 6 Wochen für den Fall einer durch die Schwangerschaft herbeigeführten Erwerbseinbuße (Erwerbsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit) in Höhe des Wochengeldes.

c) Gewährung von ärztlicher Hilfe und Hebammendiensten bei Schwangerschaftsbeschwerden und bei der Entbindung.

d) Stellung einer hauswirtschaftlichen Hilfskraft zur Aufrechterhaltung des Haushalts für höchstens 14 Tage, soweit erforderlich.

e) Gewährung von Anstaltspflege an die Wöchnerin normalerweise für 14 Tage, soweit erforderlich. Dabei ist darauf Bedacht zu nehmen, daß eine Trennung der Mütter und Säuglinge vermieden wird.

f) Gewährung eines Stillgeldes an Wöchnerinnen, die ihre Neugeborenen selbst stillen, für die Dauer bis zu acht Monaten in Höhe von 1/4 des Lohns, mindestens aber 50 Pf. täglich.

Die Leistungen a und b sollen nur den Versicherten selbst zu gute kommen, die Leistungen c—f auch den Ehefrauen von Versicherten.

3. Kreis der Versicherten.

a) Die Fürsorge soll umfassen die nach § 165 der RVO. dem Krankenversicherungszwang unterstehenden Personen und alle übrigen Erwerbstätigen (kleine selbständige Existenzen, Beamte), soweit ihr Gesamteinkommen 2500 M. im Jahre nicht übersteigt. Ledigen Beamtinnen und Selbständigen, sowie ledigen Haustöchtern von Beamten und Selbständigen vorgenannter Gruppen, wären ohne besondere Versicherung nur ärztliche Behandlung, Hebammendienste sowie Anstaltspflege bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei der Entbindung zu gewähren.

b) Die Fürsorge hat für alle von ihr Umfaßten im Wege des Versicherungszwangs zu geschehen.

4. Aufbringung der Mittel.

a) Die Aufbringung der Mittel geschieht teils durch die Versicherten, teils durch das Reich. Dem Reiche wäre etwa 1/3 der Gesamtlast aufzuerlegen.

b) Bei den bereits bisher nach § 165 RVO. dem Krankenversicherungszwang unterstellten Personen geschieht die Beitragsentrichtung für die Mutterschaftsversicherung im Rahmen der Krankenversicherung als ein Teil derselben, in der bisher üblichen Weise (Arbeitgeber 1/3, Arbeitnehmer 2/3). Auch bei den Beamten hätten die Arbeitgeber 1/3, die Arbeitnehmer 2/3 der Beiträge zu leisten. Die Versicherten aus dem Kreise der wirtschaftlich selbständigen Existenzen hätten die Beiträge allein aufzubringen.

5. Organisation.

Die Verwaltung der Mutterschaftsversicherung wäre völlig, auch für die nicht dem Krankenversicherungszwang unterstellten Versicherten, den auf Grund der Reichsversicherungsordnung geschaffenen Krankenkassen (Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) sowie den Ersatzkassen, anzugliedern.

Einstellung von Kriegsbeschädigten in Krankenkassen.

Das Reichsamt des Innern hat bei den Kassenverbänden angeregt, die Kassenvorstände möchten sich mit der Einstellung von Kriegsbeschädigten in ihren Verwaltungen beschäftigen. Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen hat sich mit dieser Frage bereits auf der Tagung der Unterverbände in Frankfurt a. M. am 11. Oktober 1915 beschäftigt. Es ist darauf auch ein Abkommen mit dem Verbande der Bureauangestellten (abgedruckt „Ortskrankenkasse" 1915 Sp. 906) abgeschlossen worden. In diesem Abkommen sind die Grundsätze festgesetzt worden, nach denen auch solche Kriegsbeschädigte, die vor ihrer Einberufung nicht im Kassendienst tätig waren, beschäftigt werden können.

Verschiedentlich ist befürchtet worden, daß die Behörden oder auch die Gesetzgebung versuchen werden, Militäranwärter und verabschiedete Offiziere in den Kassenverwaltungen unterzubringen. Demgegenüber führt das Reichsamt des Innern in seinem Schreiben vom 14. April 1916 folgendes aus:

> „Es handelt sich dabei, wie ich zur Vermeidung jedes Mißverständnisses ausdrücklich hervorheben möchte, in keiner Weise um die Bevorzugung irgend einer besonderen Gruppe der Kriegsteilnehmer, so beispielsweise von Militäranwärtern, für die ja § 359 Abs. 6 RVO. eine Vorrechtstellung verbietet, von verabschiedeten Offizieren oder dergleichen: in dem Personenkreis, aus dem heraus die einzelne Kasse auch jetzt schon ihren besonderen Bedürfnissen und Wünschen entsprechend ihre Auswahl bei Anstellung zu treffen pflegt, soll ihr keine Aenderung zugemutet werden. Nur innerhalb dieses Kreises soll der beschädigte Kriegsteilnehmer in erster Reihe vor anderen Bewerbern berücksichtigt werden, selbstverständlich unter der Voraussetzung, daß er im übrigen für die betreffende Stelle geeignet und befähigt ist."

Die „Ortskrankenkasse" bemerkt hierzu: Die Kassenvorstände werden gewiß bereit sein, zu ihrem Teile an der Eingliederung der Kriegsbeschädigten in die Volkswirtschaft mitzuhelfen. Hierbei muß allerdings, wie überall in der Kriegsbeschädigtenfürsorge, der Grundsatz vorangestellt werden, daß jeder zunächst zu seiner früheren Arbeitsstelle oder zu seinem bisherigen Beruf zurückkehren soll. Wir verweisen bei dieser Gelegenheit nochmals darauf, daß der Hauptverband bereit ist, die Meldung offener Stellen, namentlich solcher, die sich für Kriegsbeschädigte eignen, entgegenzunehmen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Freiwillige Versicherung der nach § 169 RVO. versicherungsfreien Personen.

1. Nach Hirschberg i. Schl. Antwort: Die nach § 169 RVO. versicherungsfreien Personen sind gemäß § 176 Ziff. 1 RVO. berechtigt, der Versicherung freiwillig beizutreten. Streitig ist dagegen, ob sie sich auch nach § 313 RVO. freiwillig weiterversichern können. Das Reichsversicherungsamt hat dies bejaht (Arb.-Vers. 1915 S. 824) gegen Hahn (ebenda S. 385). Der Unterschied ist von Bedeutung, da ja die Weiterversicherung von der Kasse nicht abgelehnt werden kann, wenn die Voraussetzungen des § 313 erfüllt sind, während das Recht zum Beitritt durch die Satzung von einer bestimmten Altersgrenze und von der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig gemacht werden kann.

Unterstützungsdauer bei mehrfacher Erkrankung an demselben Leiden.

2. Nach Siegen. Antwort: Es ist ein Irrtum, anzunehmen, daß ein Versicherter für immer ausgesteuert ist, also keinen Anspruch auf Krankenhilfe mehr hat, wenn er sie zunächst für 26 Wochen und später gemäß § 188 RVO. noch einmal für 13 erhalten hat. Vielmehr beginnt mit einer dritten auf derselben Ursache beruhenden Erkrankung ein dritter Versicherungsfall. Beginnt dieser freilich noch innerhalb der zwölf Monate nach Ende der ersten Unterstützungsdauer, so kann für ihn keine Unterstützung mehr beansprucht werden, wie sich aus § 188 RVO. ergibt. In dem geschilderten Falle würde nach dem Gesagten bei einer dritten Erkrankung an Rheumatismus von Neuem Unterstützung für die durch § 183 RVO. festgesetzte Dauer zu gewähren sein.

Krankengeld auf Grund des § 313 oder des § 214 RVO.?

3. Nach Hagen. Frage: Ein Arbeiter war vom 8. Mai bis 18. August 1915 Mitglied unserer Krankenkasse und gehörte zur Stufe Vb. Am 20. August wurde derselbe zur Fahne einberufen und durch den Gemeindeverband weiter versichert und zwar in Stufe I. Am 26. August 1915 ist das Mitglied beim Militär erkrankt und beansprucht von uns das Krankengeld der Vb Stufe mit 2,50 M. täglich. Wir haben ihm nur das Krankengeld der I. Stufe mit täglich 50 Pf. gezahlt. Ist das gerechtfertigt?

Antwort: Wenn das Mitglied selbst die Weiterversicherung und den Uebertritt in die niedere Stufe nach § 313 RVO. erklärt hätte, so würde unbedenklich anzunehmen sein, daß ihm das Krankengeld nur auf dieser Grundlage zusteht, und gleiches hätte zu gelten, wenn der Gemeindeverband mit Wissen und Willen des Versicherten die entsprechende Erklärung für ihn abgegeben hätte. Ist dies aber nicht anzunehmen, so braucht der Versicherte die Weiterversicherung und den Uebertritt in die niedere Stufe zu seinem Nachteil nicht gelten zu lassen, sondern er kann sich auf den Standpunkt stellen, daß er erwerbslos aus der Kasse ausgeschieden sei und daher Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse nach § 214 RVO., also Anspruch auf das Krankengeld in derjenigen Lohnstufe habe, der er bei seinem Ausscheiden aus der Kasse angehörte.

Ersatzanspruch des Armenverbandes für Arztkosten bei Krankenhauspflege eines Familienangehörigen.

4. Nach R. Antwort: Wir verweisen auf die Auskunft in Arb.Vers. 1915 S. 23 Ziff. 9 und fügen hinzu: Daß ein Pauschbetrag nach § 1503 RVO. im Falle der Unterstützung eines Familienangehörigen durch den Armenverband nicht berechnet werden darf, sondern der wirkliche Aufwand nachzuweisen ist, schließt nicht aus, daß dieser Nachweis im Wege einer billigen Durchschnittsberechnung des auf den Einzelfall entfallenden Betrages geführt wird, wenn die ärztliche Behandlung vom Armenverbande im Rahmen einer Krankenhausbehandlung gewährt ist (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. in Arb.Vers. 1912 S. 585). Ferner kann die Kasse dem Armenverbande nicht entgegensetzen, daß nach ihrer Satzung ärztliche Behandlung der Familienangehörigen nur durch den Kassenarzt gewährt wird (vgl. Entsch. des preuß. OVG. in Arb.Vers. 1901 S. 202).

Keine doppelte Pflichtversicherung.

5. Nach Wermelskirchen. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse arbeitet bereits schon längere Zeit in einer auswärtigen Munitionsfabrik. Die Arbeitszeit beträgt 8 Stunden am Tag, dazu kommen noch etwa $1\frac{1}{2}$ Stunde Fußweg von und zur Wohnung. Für diese Beschäftigung ist eine Anmeldung bei der allgemeinen Ortskrankenkasse des Beschäftigungsortes erfolgt. Auf Grund einer früheren Beschäftigung als Heimarbeiter ist das Mitglied von seinem Arbeitgeber bei uns angemeldet geblieben, weil es noch andauernd für diesen beschäftigt ist. Nach Aussage der Tochter des Mitgliedes wollen beide zusammen die Arbeit erledigen, und zwar die Tochter nur aushilfsweise und der Vater in der freien Zeit nach Heimkehr von obengenannter Arbeit. Eine jetzt eingetretene Krankheit verbunden mit Arbeitsunfähigkeit, bei der die Person uns von der auswärtigen Kasse zur Kontrolle überwiesen wurde, klärte den Sachverhalt über die doppelte Versicherung auf. Die Auszahlung des beanspruchten Krankengeldes haben wir vorläufig abgelehnt. Unseres Erachtens kann im vorliegenden Falle von einer doppel-

ten Pflichtversicherung keine Rede sein. Selbst wenn die Angaben richtig sind, daß die in Frage kommende Person die Arbeit in ihrer freien Zeit noch verrichtet, dann ist dieselbe aber so geringfügig, daß eine Pflichtversicherung als Heimarbeiter nicht in Frage kommt.

Antwort: Nach § 309 RVO. bestimmt sich in solchen Fällen die zuständige Kasse nach der überwiegenden Beschäftigung. Diese ist aber zweifellos diejenige in der Munitionsfabrik. Denn da sie mit dem Wege von und zu der Arbeitsstelle etwa 9½ Stunden am Tage in Anspruch nimmt, so kann für die Arbeit zu Hause nicht viel Zeit übrig bleiben. Eine doppelte Pflichtversicherung gibt es aber nicht. Demnach ist nur die Kasse am Orte der Munitionsfabrik zuständig.

Invalidenversicherungspflicht eines Unfallrentners.

6. Nach Zwickau. Antwort: Der Unfallrentner ist invalidenversicherungspflichtig, wenn er als Kontorist gegen einen Wochenlohn von 20 M. beschäftigt ist. Die Versicherungspflicht wird auch dadurch nicht ausgeschlossen, daß die Unfallrente den Grundbetrag der Invalidenrente übersteigt.

§ 1503 gilt nicht für den unmittelbaren Ersatzanspruch des Armenverbandes an den Unterstützten.

7. Nach Berlin-Friedenau. Antwort: Ihre Auffassung ist unbegründet. Die §§ 1532 ff. RVO. regeln nur den Anspruch des Armenverbandes auf Ersatz seiner Aufwendungen „aus den Leistungen der Krankenkassen". Nur insoweit sind daher die Pauschbeträge aus § 1503 (§ 1533 Ziff. 2) von Bedeutung. Soweit durch sie der Aufwand des Armenverbandes nicht gedeckt wird, bleibt es ihm unbenommen, Ersatz des Restes aus sonstigem Vermögen des Unterstützten zu fordern.

a) Anspruch des Armenverbandes gegen die Krankenkasse für Krankenhauspflege. b) Gebühr aus § 1803 RVO. wenn die Entscheidung des Oberversicherungsamts aufgehoben wird.

8. M. A. 100. Antwort: a) Nach der herrschenden Auffassung hat die Kasse nach § 184 RVO. das Wahlrecht, ob sie Krankenhauspflege an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes gewähren will und sie kann in keinem Falle zur Gewährung der Krankenhauspflege verurteilt werden. So hat auch das Reichsversicherungsamt entschieden (Arb.Vers. 32 S. 179). Daher kann die Kasse auch dem Armenverbande gegenüber niemals zum Ersatz der vollen Kosten einer Krankenhauspflege, die sie nicht selbst angeordnet hat, verpflichtet sein, sondern sie hat nur in den Grenzen der §§ 1531 ff. RVO. Ersatz aus dem Anspruche des Versicherten auf Krankenpflege und Krankengeld zu leisten.

b) Wenn die Entscheidung des Oberversicherungsamts im Revisionsverfahren aufgehoben wird, so ist damit auch die Verurteilung zur Zahlung der Gebühr aus § 1803 zunächst weggefallen und das Reichsversicherungsamt muß, wenn es zugleich in der Sache selbst entscheidet, dem nunmehr endgültig unterliegenden Teile die Gebühr für das Berufungsverfahren auferlegen; verweist es aber die Sache an das Versicherungsamt oder an das Oberversicherungsamt zurück, so legt dieses letztere dem nunmehr in diesem erneuerten Verfahren unterliegenden Teile die Gebühr aus § 1803 auf.

Zur Versicherungspflicht beurlaubter Soldaten.

9. Nach Br. i. W. Frage: In Heft 13 S. 310 sprechen Sie die Versicherungspflicht der zur Arbeit beurlaubten Soldaten aus. Die Gemeinde Br. hat eine größere Zahl Soldaten, welcher der Genesungskompagnie angehören, beurlauben lassen und den Landwirten in der Gemeinde zur Arbeit überwiesen. Die Gemeinde verneint die Krankenversicherungspflicht. Wir bitten um Auskunft, ob diese Beurlaubten der Kranken- und Invalidenversicherungspflicht unterliegen. Die Soldaten erhalten für den Tag 2 M. und Kost und Logis.

Antwort: Unsere Ausführungen auf Seite 310 Ziff. 6, sowie Jahrg. 1915 S. 816 treffen auch auf den vorstehend geschilderten Fall zu. Es besteht also Kranken- und Invalidenversicherungspflicht.

Sohn als „Arbeiter" im Landwirtschaftsbetriebe der Mutter.

10. Nach Lobberich. Antwort: Der Begriff des „Arbeiters" im Sinne des § 942 RVO. ist der gleiche wie sonst im Gebiete der Unfallversicherung (zu vgl. zum entsprechenden § 27 UVG. f. Land- u. Forstwirtsch.: Entsch. des RVA. 1932 Amtl. Nachr. 1914 S. 812). Bei der Unfallversicherung wird nicht, wie bei der Kranken- und Invalidenversicherung, Beschäftigung gegen Entgelt gefordert. Daher ist auch eine andere Beurteilung der Beschäftigungsverhältnisse zwischen Verwandten geboten. Die Landwirtschaft gibt in besonderem Maße auch den Kindern des Unternehmers Gelegenheit zu angemessener Beschäftigung. Sofern es sich hierbei um eine ernstliche Arbeitsleistung handelt, gelten daher auch Kinder als im Betrieb ihrer Eltern beschäftigte „Arbeiter" (zu vgl. Handb. d. Unf.Vers. Bd. II S. 15). Hiernach ist im vorliegenden Falle die Berufsgenossenschaft im Recht.

Zur Haftung des Militärfiskus für Verwundung durch den Schuß eines Wachtpostens.

11. Nach Pr. Eylau. Frage: Von einem hiesigen Maurermeister werden gefangene Russen beschäftigt. Ein Russe hat den wachthabenden Posten angegriffen und wurde durch diesen erschossen. Durch den von dem Wachtmann abgegebenen Warnungsschuß wurde ein Kassenmitglied verletzt. Hierdurch sind der Kasse Kosten für geleistete Krankenhilfe entstanden. Der bei dem Reichsmilitärfiskus gestellte Ersatzanspruch wird nicht anerkannt mit der Begründung, daß der Wachtmann von der Schußwaffe rechtmäßig Gebrauch gemacht habe. Daß bei dem Vorfall ein Kassenmitglied verletzt wurde, sei ein unglücklicher Zufall, für den niemand verantwortlich zu machen sei. Eine Ersatzpflicht des Fiskus käme nur dann in Frage, wenn der Wachtmann eine ihm obliegende Dienstpflicht vorsätzlich oder fahrlässig verletzt hätte. Könnte eine gerichtliche Klage gegen den Militär-Fiskus zugunsten der hiesigen Kasse ausfallen?

Antwort: Die rechtlichen Ausführungen des Militärfiskus treffen an sich zu. Er würde nach dem Gesetz vom 22. Mai 1910 in der Tat nur

haften, wenn der Posten eine ihm gegenüber dem Verletzten obliegende Dienstpflicht vorsätzlich oder fahrlässig verletzt hätte, z. B. eine ihm zum Schutze dritter Personen für das Schießen erteilte Instruktion. Liegt aber ein unglücklicher Zufall vor, so besteht keine Haftung. Im Einzelfalle wird es also darauf ankommen, ob der Posten bei einiger Aufmerksamkeit voraussehen konnte, daß er einen Unbeteiligten treffen würde. Hieraufhin wären noch die näheren Umstände zu prüfen.

Erstattungsanspruch des Armenverbandes für Anstaltspflege im Falle des § 420 RVO.

12. Nach St. i. P. Antwort: Wir setzen voraus, daß der Armenverband den Versicherten in einer Anstalt untergebracht hat und Ersatz der Kosten verlangt. Da die Beiträge gemäß § 420 RVO. ermäßigt sind, so könnte der Versicherte nur Krankenpflege, also kein Krankengeld beanspruchen. Ein Armenverband kann an sich Ersatz für den Unterhalt im Krankenhaus nur aus dem Krankengeld beanspruchen (§§ 1533 Ziff. 3), im vorliegenden Fall besteht also ein solcher Ersatzanspruch nicht, da die Kasse ja kein Krankengeld zu gewähren hat. Für die Krankenpflege sind $^3/_8$ des Grundlohnes zu ersetzen (§§ 1533 Ziff. 2. 1503), das heißt im geschilderten Falle 0,49 M. täglich.

Zur Krankenversicherungspflicht der Hebammen.

13. Nach Neuß. Antwort: Hebammen unterliegen in der Regel, da sie ihre Tätigkeit gleich den Aerzten selbständig ausüben, nicht der Versicherungspflicht. Das gilt auch für die Bezirkshebammen, die von der Gemeinde oder dem Kreise eine feste Vergütung gegen die Verpflichtung, bedürftige Wöchnerinnen ohne besondere Vergütung im Einzelfalle zu behandeln, erhalten. Vgl. Arb.Vers. 1914 S. 293 Ziff. 1, 1915 S. 838. Für die Angestelltenversicherung Arb.Vers. 1916 S. 221.

Erstattungspflicht der Krankenkasse bei Unterstützung eines Erwerbslosen (§ 214 RVO.) durch mehrere Armenverbände.

14. Nach Pinneberg. Frage: Ein früheres Mitglied unserer Kasse erkrankte nach seinem Ausscheiden innerhalb der dreiwöchigen Haftzeit in Altona und wurde von der dortigen Armenbehörde bis zum 24. Januar verpflegt. Wir haben hierfür Ersatz geleistet. Nach der Entlassung begab er sich nach Hamburg und meldete sich dort am 7. Februar abermals krank. Die dortige Armenbehörde verlangt nun ebenfalls Ersatz von uns und legt uns ein Attest des Arztes der Armenbehörde in Altona vor, nach welchem der Kranke bei seiner Entlassung aus der dortigen Anstalt am 24. Januar noch ärztlicher Behandlung und Heilmittel bedurfte. Haben wir auch noch der Armenbehörde in Hamburg Ersatz zu leisten?

Antwort: Wenn tatsächlich der Unterstützte auch in der Zeit vom 24. Januar bis 7. Februar ärztlicher Behandlung und Heilmittel bedurfte, also krank im Sinne der Krankenversicherung war, so lag ein einheitlicher Versicherungsfall vor, und Ihre Kasse müßte daher auch der Armenbehörde in Hamburg bis zum Ablauf der Unterstützungsdauer die vom Tage der Erkrankung ab gemäß § 183 RVO. zu berechnen ist, Ersatz leisten. Der Umstand, daß der Unterstützte seinen Aufenthaltsort gewechselt hat, schließt die Unterstützungspflicht und demgemäß auch die Ersatzpflicht der Kasse nicht aus.

Zur Anwendung des § 315 RVO.

15. Nach Essen. Frage: Die Baronin v. B. hat bei Ausbruch des Krieges ihre Villa in S. zu einem Lazarett eingerichtet. Zwei ihrer Dienstboten, die bei unserer Kasse versichert waren, hat sie, ohne sie hier abgemeldet zu haben, mit nach S. genommen. Die Kasse hat, da ihr von der Uebersiedelung der Dienstboten nach S. nichts bekannt war, die Beiträge weiter erhoben, die auch von dem Baron v. B., welcher noch hier seinen Wohnsitz hat, anstandslos gezahlt wurden. Am 13. November 1914 erhielten wir von dem Krankenhause in S. die Mitteilung, daß das eine Mädchen erkrankt sei und Aufnahme im Krankenhause finden müßte. Das Krankenhaus beantragt von uns die Uebernahme der Pflegekosten. Am 13. November 1914 wurde uns erst bekannt, daß die beiden Dienstboten mit Frau v. B. von hier nach S. übergesiedelt waren und dort ihre Beschäftigung ausüben. Da die Dienstboten heute noch dort beschäftigt sind, kann eine vorübergehende Beschäftigung wohl nicht in Frage kommen.

Antwort: Die Dienstboten sind in S., dem Orte des Lazaretts, versicherungspflichtig. Indessen muß Ihre Kasse in Essen sie als Mitglieder anerkennen, bis sie sie an die zuständige verweist, da sie die Beiträge länger als drei Monate seit Aufnahme der Beschäftigung in S. unbeanstandet entgegengenommen hat. § 315 RVO. ist anzuwenden.

Kein Wiederaufleben einer nach § 314 Abs. 1 erloschenen Mitgliedschaft.

16. Nach Hameln. Antwort: Daß die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter durch zweimalige Beitragssäumnis nach näherer Bestimmung des § 314 Abs. 1 RVO. erlischt, ist eine Vorschrift öffentlichen Rechts und zwingenden Charakters; der Vorstand kann daher die Mitgliedschaft nicht ohne weiteres wieder aufleben lassen, wenn die rückständigen Beiträge nachträglich gezahlt werden (vgl. Entsch. des sächs. OVG. in Arb.Vers. 1909 S. 434). Wenn aber solche Personen später wieder versicherungspflichtig werden oder von ihrem Beitrittsrechte nach § 176 RVO. Gebrauch machen, so kann die Kasse sie nicht deshalb zurückweisen, weil sie noch Beiträge aus dem früheren Versicherungsverhältnisse schulden.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1139 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 11. Juni 1916 | Heft 17

Die Neuregelung der Antragsrechte in der Invalidenversicherung durch die Bekanntmachung vom 12. Mai 1916 (RGBl. S 371).

Von Landesrat Seelmann, Oldenburg i. Gr.

Die seit langem erwartete Neuregelung der Antragsrechte in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist jetzt erfolgt. Gewählt ist nicht die Form eines Gesetzes, vielmehr hat der Bundesrat unter dem 12. Mai 1916 auf Grund des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) eine Verordnung erlassen. Sie regelt 3 verschiedene Fälle.

I. Zahlung der Rente für länger als ein Jahr rückwärts. Nach § 1253 RVO. wird länger als ein Jahr rückwärts, vom Eingang des Antrags gerechnet, keine Rente gezahlt, sofern nicht der Berechtigte durch Verhältnisse, die außerhalb seines Willens liegen, verhindert ist, den Antrag rechtzeitig zu stellen. Der Antrag ist in diesem Falle binnen 3 Monaten zu stellen, nachdem das Hindernis weggefallen ist. Wie diese Bestimmung anzuwenden sei bei der Entscheidung über Hinterbliebenenrentenansprüche, wenn der Versicherte zunächst im Kriege vermißt war, war nicht zweifelsfrei. Insbesondere konnte man verschiedener Ansicht darüber sein, ob die Hinterbliebenen in solchen Fällen verhindert waren, den Antrag innerhalb eines Jahres zu stellen. Hier greift die neue Verordnung ein. Nach § 1 Satz 1 gilt, wenn der Versicherte als Angehöriger der bewaffneten Macht des Deutschen Reiches oder eines mit ihm verbündeten oder befreundeten Staates an dem gegenwärtigen Kriege teilgenommen hat (§ 15 BGB. und vor Feststellung seines Todes während des Krieges vermißt gewesen ist, der Berechtigte im Sinne des § 1253 RVO. als verhindert, den Antrag rechtzeitig zu stellen. Nach Abs. 4 gilt dies entsprechend für Versicherte, die nicht zur bewaffneten Macht gehören, wenn sie sich bei ihr aufgehalten haben oder ihr gefolgt sind, oder wenn sie in die Gewalt des Feindes geraten sind.

Der Ausdruck „Angehöriger der bewaffneten Macht stammt aus dem § 15 BGB. In der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1915 über die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung der Anwartschaft in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wird dafür die Fassung „Versicherte, die militärische Dienstleistungen verrichten" gebraucht. Der Begriff „Angehöriger der bewaffneten Macht" ist weiter. Es gehören dazu einmal die Militärpersonen, d. h. die Personen des Soldatenstandes und die Militärbeamten, welche zum Heere oder zur Marine gehören, ferner aber auch alle Personen, die sich in einem Dienst- oder Vertragsverhältnisse beim kriegsführenden Heere be-

finden (zu vgl. § 155 des MilStrGB. vom 20. Juni 1872, RGBl. S. 202). Wer Angehöriger der bewaffneten Macht eines ausländischen Staates ist, wird nach den Gesetzen dieses Staates bestimmt.

Was für die Angehörigen der bewaffneten Macht gilt, gilt auch für Versicherte, die nicht zur bewaffneten Macht gehören, wenn sie sich bei ihr aufgehalten haben oder ihr gefolgt sind, oder wenn sie in die Gewalt des Feindes geraten sind. Hierher gehört z. B. das Personal der freiwilligen Krankenpflege, soweit es nicht der bewaffneten Macht angehört, Personen, die Liebesgaben an die Front bringen, Zeitungsberichterstatter, Photographen, Armierungsarbeiter, Eisenbahnarbeiter und -bedienstete, deutsche Angestellte, die in den besetzten Gebieten von der Militär- oder deutschen Zivilverwaltung beschäftigt werden, Personen, denen der Besuch der Front von den Militärbehörden gestattet ist usw. Zu den Personen, die in die Gewalt des Feindes geraten sind, zählen solche, die sich bei Ausbruch des Krieges im Feindeslande befanden und dort als Zivilgefangene zurückgehalten werden, oder die beim feindlichen Einfall in die Gebiete des Deutschen Reiches in die Gewalt des Feindes geraten sind. Dabei kommt es nicht darauf an, ob diese Personen in das feindliche Ausland verschleppt sind; es genügt, daß der Feind das Gebiet besetzt hatte und der Versicherte nicht geflohen war, also der feindlichen Gewalt ausgesetzt war. Wenn er dann nach Abzug des Feindes vermißt wird, findet die neue Verordnung ohne weiteres Anwendung.

Die Verordnung gilt für alle Angehörigen der bewaffneten Macht eines mit Deutschland verbündeten oder befreundeten Staates. Während also die Verordnung vom 23. Dezember 1915 nur für Militärdienstzeiten, die in deutschen oder österreich-ungarischen Diensten zurückgelegt sind, gilt (zu vgl. Seelmann, Kommentar zur Verordnung vom 23. Dezember 1915 S. 9, 10), gelten hier Dienste im türkischen oder bulgarischen Heere als gleichberechtigt, und zwar nicht nur Dienste in diesen Heeren, sondern auch wenn die in Frage kommenden Personen der bewaffneten Macht dieser Staaten gefolgt sind oder sich bei ihr aufgehalten haben.

Anwendung findet die Verordnung nur, wenn der Versicherte vor Feststellung seines Todes während des Krieges vermißt gewesen ist. Dies haben die zuständigen militärischen Dienststellen zu bescheinigen. Galt der Versicherte nicht als vermißt, stand vielmehr sein Tod von vornherein fest, so treffen die Voraussetzungen der Verordnung überhaupt nicht zu. Wenn es aber vorkommen sollte, daß in solchen Fällen die bezugsberechtigten Hinterbliebenen den Tod nicht rechtzeitig erfahren — z. B. weil der Versicherte von seiner Familie getrennt lebte, oder weil der Aufenthalt der Familie nicht rechtzeitig vermittelt werden konnte — besteht das Recht zur verspäteten Geltendmachung des Anspruchs schon nach § 1253 RVO.; denn so lange der Bezugsberechtigte den Tod des Versicherten nicht erfahren hat, ist er durch Verhältnisse, die außerhalb seines Willens liegen, verhindert, den Antrag rechtzeitig zu stellen.

Treffen die Voraussetzungen des § 1 Vrdg. zu, so gilt der Berechtigte im Sinne des § 1253 RVO. als verhindert, den Antrag rechtzeitig zu stellen. Nach § 1253 Satz 2 RVO. ist der Antrag in solchen Fällen binnen 3 Monaten zu stellen, nachdem das Hindernis weggefallen ist. In § 1 Abs. 2, 3 Vrdg. wird nun weiter bestimmt, wann in diesen Fällen das Hindernis als weggefallen gilt. Es sind verschiedene Fälle zu unterscheiden:

1. Das Hindernis gilt als weggefallen mit dem Schlusse des Kalenderjahres, das dem Jahre folgt, in dem der Krieg beendet ist. Die Fristbestimmung ist hier die gleiche wie in § 2 Vrdg. v. 23. Dezember 1915. Darüber, wann der Krieg beendet ist, wenn ein Friedensschluß nicht stattfindet, siehe Seelmann a. a. O. S. 17.

2. Wenn vorher

a) der Tod des Versicherten in das Sterberegister eingetragen ist, gilt das Hindernis als weggefallen mit dem Tage dieser Eintragung. Die Standesämter senden in solchen Fällen den Angehörigen eine Sterbeurkunde

zu. Es ist aber für die Fristbestimmung ohne Bedeutung, wenn diese Zusendung unterblieben ist, etwa weil die bezugsberechtigten Angehörigen nicht zu ermitteln waren. Haben aber die bezugsberechtigten Hinterbliebenen weder von dem Vermißtsein noch vom Tode des Versicherten etwas erfahren, so gilt, wie schon oben dargelegt, die Verlängerung der Frist zwar nicht nach der Verordnung vom 12. Mai 1916, wohl aber nach § 1253 RVO.

b) Wenn der Versicherte für tot erklärt wird, so gilt das Hindernis als weggefallen mit dem Tage, an dem das die Todeserklärung aussprechende Urteil ergeht. Ob die Todeserklärung nach § 13 ff. BGB. oder nach der Verordnung vom 18. April 1916 RGBl. S. 296 erfolgt, ist gleichgültig.

Kommen beide Tage der unter a und b bezeichneten Fälle in Frage, so ist der frühere maßgebend (§ 1 Abs. 3 Vrdg.).

Gilt hiernach das Hindernis als weggefallen, so muß nach § 1253 Satz 2 RVO. der Antrag binnen 3 Monaten nach Wegfall des Hindernisses gestellt werden.

II. **Verspätete Geltendmachung des Anspruchs auf Witwengeld.** Nach § 1300 RVO. verfällt der Anspruch auf das Witwengeld, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Ehemannes geltend gemacht wird. Wie sich aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes ergibt, soll diese Bestimmung auch dann gelten, wenn die Witwe erst nach Ablauf eines Jahres vom Tode des Ehemannes erfährt. Während der Kriegszeit führte diese Bestimmung aber zu Härten in denjenigen Fällen, in denen der Versicherte zunächst als vermißt galt, und die Witwe erst nach dem Ablauf eines Jahres die Gewißheit erhielt, daß der Ehemann gefallen oder sonst gestorben sei. Es ist der Versuch gemacht, diese Schwierigkeit durch die Auslegung zu beseitigen (zu vgl. **Wagner** in Arb.Vers. 1916 S. 316). Die Verordnung vom 12. Mai 1916 regelt nunmehr im § 2 auch diesen Fall. Danach gilt folgendes:

Wenn ein Versicherter als Angehöriger der bewaffneten Macht des Deutschen Reiches oder eines mit ihm verbündeten oder befreundeten Staates an dem gegenwärtigen Kriege teilgenommen hat, oder wenn er zwar nicht zur bewaffneten Macht gehörte, sich aber bei ihr aufgehalten hat oder ihr gefolgt ist, oder wenn er in die Gewalt des Feindes geraten ist, und wenn er ferner vor Feststellung seines Todes während des Krieges vermißt gewesen ist, so beginnt die einjährige Ausschlußfrist für den Antrag auf Witwengeld nicht mit dem Tage des Todes, sondern erst von einem späteren Tage. Sie beginnt nämlich in diesen Fällen:

a) mit dem Schlusse des Kalenderjahres, das dem Jahre folgt, in dem der Krieg beendet ist,

b) wenn aber vorher der Tod des Versicherten in das Sterberegister eingetragen wird, mit dem Tage dieser Eintragung und wenn vorher der Versicherte für tot erklärt wird, mit dem Tage, an dem das die Todeserklärung aussprechende Urteil ergeht. Kommen beide Tage (zu b) in Frage, so ist der frühere maßgebend.

Ueber die Auslegung dieser Bestimmung wird auf die obige Darlegung unter 1 verwiesen. Dabei ist besonders hervorzuheben, daß die Verlängerung der Frist in allen diesen Fällen nur dann gilt, wenn der Versicherte zunächst als vermißt galt, nicht auch dann, wenn sein Tod von vornherein feststand.

In gewissen Fällen wird aber die Frist noch weiter verlängert. § 2 Abs. 2 Vrdg. v. 12. Mai 1916 bestimmt: „Ist eine Witwe innerhalb der letzten 3 Monate der vorstehenden oder der im § 1300 RVO. vorgeschriebenen Frist infolge von Kriegsverhältnissen verhindert gewesen, den Anspruch auf Witwengeld geltend zu machen, so gilt der Anspruch als rechtzeitig erhoben, wenn er vor Ablauf von 3 Monaten nach Wegfall des Hindernisses geltend gemacht worden ist." Hier gilt also die Verlängerung der Frist nicht nur, wenn der Versicherte zunächst als vermißt galt, sondern auch dann, wenn die Frist lediglich nach § 1300 RVO. bestimmt wird, d. h. vom Todestage an. Der Absatz 2 gilt ferner auch nicht lediglich für die in

§ 1 bezeichneten Fälle, d. h. wenn der Versicherte der bewaffneten Macht angehörte, sich bei ihr aufgehalten hat oder ihr gefolgt ist, oder wenn er in die Gewalt des Feindes geraten war, vielmehr gilt die Verlängerung der Frist allgemein, also auch dann, wenn der Versicherte in der Heimat gestorben ist. Denn § 2 Abs. 2 verordnet nicht, daß auch in diesem Falle die Voraussetzungen des Absatz 1 erfüllt sein müssen.

Hiernach ist Voraussetzung für die Anwendung des Absatz 2 nur, daß die Witwe in den letzten 3 Monaten der Frist infolge von Kriegsverhältnissen verhindert gewesen ist, den Anspruch geltend zu machen. Was unter einer „Verhinderung infolge von Kriegsverhältnissen" zu verstehen ist, ist schwer allgemein zu sagen. Anzunehmen ist aber, daß eine wirkliche Verhinderung vorgelegen haben muß. Deshalb genügt nicht Sorge um Angehörige, die vor dem Feinde stehen, die Nachricht, daß ein Angehöriger vor dem Feinde gefallen, in Gefangenschaft geraten oder schwer verwundet ist, nicht die Sorge um das tägliche Brot, mag diese Sorge auch durch die Einberufung von Angehörigen zum Heeresdienst herbeigeführt sein, nicht die Einberufung von Angehörigen zum Heeresdienst, die der Witwe sonst als Berater gedient hätten. In allen diesen Fällen liegt keine Verhinderung vor. Wollte man anderer Ansicht sein, so müßte man z. B. annehmen, daß im letztgenannten Falle die Frist nie ablaufen würde, wenn etwa der Berater im Kriege fallen würde. Dagegen würde eine Verhinderung infolge von Kriegsverhältnissen z. B. dann vorliegen, wenn etwa die Witwe in den letzten 3 Monaten der Frist infolge Einbruchs des Feindes in das deutsche Gebiet aus der Heimat flüchten mußte, oder wenn aus dem gleichen Grunde das Versicherungsamt seine Tätigkeit hat einstellen müssen, oder auch, wenn die Witwe in die Gewalt des Feindes geraten ist. Auch wird eine Verhinderung infolge von Kriegsverhältnissen dann angenommen werden können, wenn die Witwe in den letzten 3 Monaten der Frist auf die Nachricht von der schweren Verwundung eines Angehörigen die Heimat verlassen hat, um in der Nähe dieses Angehörigen zu sein. Das gleiche würde dann gelten, wenn die Witwe in den letzten 3 Monaten vor Ablauf der Frist infolge einer falschen Nachricht die Hoffnung hatte haben können, daß der Verstorbene noch am Leben sei.

III. Geltendmachung von Ansprüchen nach dem Tode des Berechtigten. Nach § 1303 RVO. haben die Hinterbliebenen eines Versicherten oder eines zum Bezug einer Witwenrente oder eines Witwengeldes Berechtigten nur dann einen Anspruch auf Fortsetzung des Verfahrens und auf Bezug der bis zum Todestage fälligen Bezüge, wenn der Berechtigte seinen Anspruch noch zu seinen Lebzeiten erhoben hatte. Auch hier wird durch § 3 Vrdg. v. 12. Mai 1916 Aenderung getroffen: „Stirbt ein Versicherter oder ein zum Bezuge der Hinterbliebenenrente oder eines Witwengeldes Berechtigter, ohne seinen Anspruch erhoben zu haben, und ist er an der Erhebung durch Kriegsverhältnisse gehindert gewesen, so sind zur Geltendmachung seines Anspruchs und zum Bezug der für die Zeit bis zum Todestage entfallenden Beträge nacheinander berechtigt der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister, wenn sie mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt hatten." Wie im Falle des § 2, so ist auch hier nicht Voraussetzung für die Anwendung dieser Bestimmung, daß der Versicherte im Kriege gefallen oder sonst als Kriegsteilnehmer gestorben ist. § 3 gilt vielmehr allgemein. Voraussetzung ist nur, daß der Berechtigte durch Kriegsverhältnisse gehindert gewesen ist, den Anspruch zu erheben. Darüber, was unter „Verhinderung durch Kriegsverhältnisse" zu verstehen ist, wird auf die Darlegung unter Ziff. 2 verwiesen. Eine solche Verhinderung würde hier z. B. dann vorliegen, wenn der Versicherte in Kriegs- oder Zivilgefangenschaft geraten ist, in der Gefangenschaft invalide geworden und später gestorben ist. Keine Bestimmung wird darüber getroffen, wie lange die Verhinderung bestanden haben

muß, ob § 3 a. a. O. auch dann anzuwenden ist, wenn die Verhinderung zwar lange Zeit, aber doch nicht immer vorhanden gewesen ist. Wenn z. B. ein durch schwere Verwundung invalide gewordener Kriegsteilnehmer in Kriegsgefangenschaft geraten war, dort längere Zeit zurückgehalten, dann aber ausgetauscht wurde und wenige Tage nach der Rückkehr nach Deutschland stirbt, so ist er streng genommen an der Erhebung seiner Ansprüche durch die Kriegsverhältnisse nicht gehindert gewesen, denn er hätte den Anspruch in den wenigen Tagen seines Aufenthalts in Deutschland geltend machen können. Eine verständige Praxis wird aber eine angemessene Frist nach Wegfall der Verhinderung zubilligen.

Wird der Antrag durch die Hinterbliebenen nach dem Tode gestellt, so gilt für den Beginn der Rente der § 1253 RVO., wonach die Rente für höchstens ein Jahr rückwärts gezahlt wird. Gegebenenfalls tritt Verlängerung der Frist nach § 1 Vrdg. v. 12. Mai 1916 ein.

Beispiel: Ein Versicherter war seit dem 6. September 1914 vermißt. Später wird festgestellt, daß er am 6. September 1914 gefallen ist. Der Tod wird am 1. April 1916 in das Sterberegister eingetragen. Wenn dann die Hinterbliebenen bis zum 1. Juli 1916 den Antrag auf Festsetzung der Hinterbliebenenrenten stellen, werden diese Renten vom Todestage an nachgezahlt. Sind die bezugsberechtigten Hinterbliebenen vorher gestorben, so sind sie an der Geltendmachung ihres Anspruchs durch Kriegsverhältnisse gehindert gewesen. Es sind daher die im § 3 a. a. O. bezeichneten Personen auch noch nach dem Tode des Berechtigten zur „Geltendmachung des Anspruchs", d. h. des Anspruchs, den der Bezugsberechtigte selbst hatte, befugt. Die Rente ist also auch den Erben vom 6. September 1914 nachzuzahlen.

Zweifelhaft ist, innerhalb welcher Frist der Anspruch auf Witwengeld von den Erben geltend gemacht werden muß. Die Witwe selbst muß den Antrag innerhalb eines Jahres nach dem Tode oder der in § 1 a. a. O. bezeichneten Frist stellen. Für die Erben sieht § 3 a. a. O. eine Frist für die Geltendmachung nicht vor. Daß in solchen Fällen keine Frist gelten soll, ist nicht anzunehmen. Es ist auch davon auszugehen, daß die für die Erben für die Geltendmachung laufende Frist nicht früher abläuft, als für die Witwe selbst. Weiter aber muß wohl, auch in Anlehnung an § 249 Ziv.Proz.Ord. angenommen werden, daß den Erben mindestens die gleiche regelmäßige Frist für die Geltendmachung zusteht, wie der Witwe selbst, d. h. mindestens ein Jahr vom Tode der Witwe an gerechnet. Man würde sonst zu unmöglichen Ergebnissen kommen, wenn die Witwe ganz kurz vor Ablauf der für sie selbst geltenden Frist stirbt.

Beispiele: 1. Der Versicherte ist seit dem 6. September 1914 vermißt gewesen, die Witwe ist am 1. April 1915 gestorben. Dann hätte für die Witwe, wenn sie am Leben geblieben wäre, und wenn die Fälle des § 1 Abs. 2 Nr. 2 Vrdg. v. 12. Mai 1916 nicht vorgelegen hätten, die Ausschlußfrist für die Geltendmachung des Anspruchs auf Witwengeld erst mit dem Schlusse des Kalenderjahres, das dem Jahre folgt, in dem der Krieg beendet ist, begonnen und wäre nach einem Jahre seit diesem Zeitpunkte abgelaufen. Bis zu diesem Zeitpunkt läuft auch die Frist für die Erben.

2. Der Versicherte ist seit dem 6. Sept. 1914 vermißt. Am 1. April 1915 wird sein Tod in das Sterberegister eingetragen. Dann beginnt die einjährige Ausschlußfrist für die Geltendmachung des Anspruchs auf Witwengeld mit dem 1. April 1915. Wenn die Witwe am 1. Juli 1915 gestorben ist, beginnt für die Erben die einjährige Ausschlußfrist mit dem 1. Juli 1915 und läuft am 1. Juli 1916 ab.

Die Waisenaussteuer wird in § 3 Vrdg. v. 12. Mai 1916 nicht erwähnt. Es bleibt, soweit es sich um die Waisenaussteuer handelt, also bei den Vorschriften des § 1303 RVO. — Die Reihenfolge der Erbberechtigten wird in § 3 Vrdg. ebenso bestimmt wie in § 1303 RVO.

IV. Inkrafttreten. Die Verordnung

vom 12. Mai 1916 tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft. Ansprüche, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündigung dieser Verordnung, d. h. am 13. Mai 1916, schwebte, unterliegen deren Vorschriften. Ihre Nichtanwendung gilt auch dann als Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte. Sind Ansprüche nach dem 31. Juli 1914 abgelehnt worden, so hat sie die Versicherungsanstalt, soweit nicht das Verfahren noch in einer höheren Instanz schwebt, nach den Vorschriften dieser Verordnung zu prüfen. Führt diese Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigen Ergebnis, oder wird es vom Berechtigten verlangt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen. Diese Prüfung ist von Amts wegen vorzunehmen. Sie findet aber nur statt, wenn Ansprüche abgelehnt sind, nicht auch dann, wenn die Rente bewilligt ist, aber erst von einem späteren Zeitpunkt, als sie nach dieser Verordnung hätte gefordert werden können; auch auf Antrag braucht in diesen Fällen kein neuer Bescheid erteilt werden. Die Erteilung eines neuen Bescheids ist nach § 1319 RVO. kaum zulässig, da keiner der dort erwähnten Fälle vorliegt. Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts sind aber die Landesversicherungsanstalten jederzeit zum Erlaß eines neuen Bescheides berechtigt, wenn sie die Berechtigten dadurch günstiger stellen (Amtl. Nachr. 1891 S. 164 Ziff. 58; 1892 S. 17 Ziff. 101; 1895 S. 254 Ziff. 463; 1896 S. 309 Ziff. 517).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Heft 4 der **Amtl. Nachr.** vom 15. April 1916.)

I. Unfallversicherung.

Die Versicherungsträger dürfen die Lieferung von Hilfsmitteln nach § 558 Ziff. 1 RVO. nicht von einer Geldleistung des Versicherten abhängig machen (2855 S. 399).

Dem unehelichen Kinde steht ein Rentenanspruch nach § 588 RVO. auch dann zu, wenn der Vater seiner gesetzlichen Unterhaltspflicht nicht in vollem Umfang nachgekommen ist. Für die Bemessung dieser Rente ist nicht das tatsächlich Geleistete, sondern der gesetzliche Umfang des Unterhaltsanspruchs maßgebend (2856 S. 399).

Das Abfahren von Holz aus dem Forst durch den Käufer ist nach der Reichsversicherungsordnung nicht mehr bei dem Versicherungsträger des Forstbetriebs, sondern als Tätigkeit beim nicht gewerbsmäßigen Halten von Fahrzeugen durch die Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und Reittierbesitzer oder unter den Voraussetzungen des § 921 RVO. durch die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft versichert (2857 S. 401).

Eine Rente des ältesten Rechtes ist mit dem Inkrafttreten der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 als Rente mit Jahresbindung anzusehen, wenn sie nach Ablauf von zwei Jahren seit der Rechtskraft der ersten endgültigen Entscheidung festgestellt worden ist. Ueber ihre Neufeststellung unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung ist deshalb der Rekurs nicht gegeben (2858 S. 403).

Eine Urkunde, die erst nach Erlaß der angefochtenen Entscheidung angefertigt ist, kann die Wiederaufnahme des Verfahrens nicht rechtfertigen. Der Antrag auf Wiederaufnahme aus dem Grunde, daß die Entscheidung durch Betrug erwirkt sei, ist, wenn ein gerichtliches Strafverfahren nicht durchgeführt werden kann, binnen einem Monat zu stellen, nachdem die Partei die Tatsachen, aus denen der Betrug gefolgert werden soll, erfahren hat. Ist der Antrag gemäß § 1728 Abs. 1 RVO. als verspätet verworfen worden, so ist auf Grund derselben Unterlagen eine Wiederaufnahme von Amts wegen nach § 1729 nicht zulässig (2859 S. 404).

Im Verfahren bei Streit mehrerer Versicherungsträger über die Entschädigungspflicht (§§ 1735 ff. RVO.) ist, solange der Entschädigungsberechtigte dem Verfahren nicht beigetreten ist, seine Benachrichtigung vom Verhandlungstermin nicht geboten, wenngleich meistens empfehlenswert (2860 S. 406).

Die Bestrafung aus § 909 Ziff. 3 RVO. (wegen Nichteinreichung der Lohnnachweise usw.) setzt nicht die vorherige Erinnerung des säumigen Unternehmers voraus (2861 S. 407).

Die Frist für die Haftung des Bauherrn in § 29 Bau-UVG. (§ 819 RVO.) ist eine Ausschlußfrist, zu deren Wahrung es genügt, wenn die Berufsgenossenschaft dem Bauherrn mitteilt, daß sie die Forderung auf die Prämie gegen ihn erhebe (2862 S. 408).

Bei einem Bauspekulationsgeschäft im Sinne der Entsch. des RVA. 2713 Amtl. Nachr. 1914 S. 542 kann, wenn der Bauherr die zur Sicherung des Bauspekulationsgewinns eingetragene Hypothek einem Gläubiger verpfändet, dieser Gläubiger gemäß § 819 RVO. für die nach der Abtretung entstandenen Prämien haftbar gemacht werden (2863 S. 408).

Auch nach der Reichsversicherungsordnung sind die Betriebe der künstlerisch gebildeten Architekten, wenn sie sich auf die Leitung und Ueberwachung von Bauausführungen erstrecken, in vollem Umfang versicherungspflichtig (2864 S. 409).

Der Betrieb einer Badeanstalt im Sinne des § 537 Abs. 1 Ziff. 4 RVO. ist nur anzunehmen, wenn für die Zwecke des Badens größere Einrichtungen getroffen sind. Dies ist im allgemeinen dann der Fall, wenn für die Bereitung, Reinigung und Beaufsichtigung der Bäder im Jahre durchschnittlich 50 volle zehnstündige Arbeitstage von versicherungspflichtigen Personen aufgewendet werden (2865 S. 410).

Rentenminderung durch Vergleich von einem in der Zukunft liegenden Zeitpunkt ab ist unzulässig (2866 S. 410).

Die Abgrenzung der Bezirke der Sektionen einer gewerblichen Berufsgenossenschaft (§ 679 Abs. 1 RVO.) kann nur durch die Satzung geändert werden (2867 S. 410).

Der Vorstand einer Berufsgenossenschaft hat Anträge auf Satzungsänderung den Mitgliedern der Genossenschaftsversammlung vor der Beschlußfassung mitzuteilen (2868 S. 411).

Wenn die Berufsgenossenschaft auf Grund des § 752 RVO. den Lohnnachweis selbst aufgestellt oder ergänzt hat, so steht dem Unternehmer, der bestreitet, den Nachweis verspätet oder unvollständig eingereicht zu haben, trotz § 758 Abs. 2 und 3 das instanzmäßige Beschwerdeverfahren offen. — Nicht jede Unrichtigkeit, durch die sich eine zu niedrige Lohnsumme ergibt, macht den Lohnnachweis „unvollständig" im Sinne des § 752; er ist es aber jedenfalls dann, wenn ein nach äußerlichen Merkmalen abgrenzbarer Teil der Löhne fortgelassen ist (2869 S. 411).

Ueber etwaige Verjährung festgestellter Beiträge ist im Beschlußverfahren der Reichsversicherungsordnung zu entscheiden. — Festgestellte Beiträge aus der Zeit des UVG. v. 6. Juli 1884 sind, wenn nicht nach damaligem Landesrechte schon früher, so doch nach dem UVG. vom 30. Juni 1900 verjährt, falls die durch dieses eingeführte zweijährige Verjährungsfrist nicht unterbrochen worden ist (2870 S. 413).

Eine die Akteneinsicht versagende Verfügung des Vorsitzenden einer Spruchkammer (§ 22 Abs. 1 Satz 2 OVAO. vom 24. Dezember 1911) kann nicht mit dem Rechtsmittel der Beschwerde angefochten werden (2871 S. 414).

Die Ablehnung eines Mitglieds der Spruchkammer nach Einlassung in die mündliche Verhandlung ist unzulässig, wenn die Partei den Ablehnungsgrund schon vorher kannte (2872 S. 414).

Die Ablehnung einer Spruchkammer (als solcher, nicht der einzelnen Mitglieder) wegen Besorgnis der Befangenheit ist unzulässig (2873 S. 415).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Unterläßt ein Gemeindebeamter, dem ein Bescheid der Versicherungsanstalt zwecks Berufungseinlegung übergeben worden ist, schuldhafterweise die Beurkundung der Berufungseinlegung, so kann dies ein Grund zur Wiedereinsetzung in den vorigen Stand sein (2173 S. 420).

Gewährt eine Krankenkasse bei Zahnkrankheiten die ärztliche Behandlung durch approbierte Aerzte, so darf sie die Bezahlung approbierter Zahnärzte von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen (2174 S. 422).

Bestimmt eine Kassensatzung, daß versicherungsfreien Ehefrauen der Mitglieder, abgesehen von einer Geldunterstützung, lediglich die erforderliche Geburtshilfe zu gewähren ist, so sind darunter auch Hebammendienste zu verstehen (2175 S. 423).

Die Vorschrift in § 1 Abs. 2 Satz 2 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges, wonach eine Krankheit, die beim Wiedereintritt in die Versicherung bereits besteht, keinen Anspruch auf Kassenleistungen begründet, bezieht sich nicht auf Kriegsteilnehmer, die als Versicherungspflichtige wiedereintreten (2176 S. 424.)

Ein Anspruch auf Waisenrente ist nur vererblich, wenn er zu Lebzeiten der Waise erhoben worden ist (2177 S. 425).

Ist die Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse (eingeschr. Hilfsk.) an den Wohnsitz im Kassenbezirke geknüpft, und bestimmt die Satzung, daß Mitglieder, die aus dem Kassenbezirke verziehen, aus der Kasse ausscheiden, so setzt die Anwendung dieser Bestimmung ein solches Verlassen des Kassenbezirks voraus, das mit der Aufgabe des Wohnsitzes im Bezirke verbunden ist (2178 S. 226).

Die auf Grund des Mannschaftsversorgungsges. vom 31. Mai 1906 (RGBl. S. 593) gewährten

Gebührnisse gelten nicht als Unfallrenten im Sinne des § 1522 RVO. (2179 S. 427).

Um den Beginn der Rente (§ 1696 Ziff. 1 RVO.) handelt es sich auch dann, wenn der Kläger in der Revision für einen vor dem Beginne der ihm bewilligten Invalidenrente liegenden, aber von ihm durch eine unstreitig rentenlose Zeit getrennten Zeitraum die Gewährung einer Krankenrente beansprucht (2180 S. 428).

Ist die Vorbereitung und Begutachtung der Anträge auf Leistungen der Invaliden- oder Hinterbliebenenversicherung Organen einer Sonderanstalt übertragen, so ist es ein wesentlicher Mangel des Verfahrens, wenn das nämliche Organ über die Rentenanträge entscheidet (§ 2181 S. 429).

Eine Entscheidung des Versicherungsamts über die Wahl des Kassenvorstandes (§ 33 RVO.) kann von Arbeitgebern, die nicht dem Ausschuß angehören, nicht angefochten werden. — Das Oberversicherungsamt übt Aufsichtsrechte über die Krankenkassen, abgesehen von §§ 372 bis 375 RVO., nur als Beschwerdeinstanz aus (§ 2182 S. 431).

Die während des gegenwärtigen Krieges in landwirtschaftlichen Betrieben oder ihren Nebenbetrieben beschäftigten russisch-polnischen Arbeiter sind nicht berechtigt, der Krankenversicherung nach § 176 RVO. freiwillig beizutreten (2183 S. 433, zu vgl. unter Nr. 2189).

Ueber einen Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge ist auch dann im Verfahren nach § 405 Abs. 2 RVO. zu entscheiden, wenn bereits rechtskräftig feststeht, daß der Rückfordernde weder versicherungspflichtig noch -berechtigt war (2184 S. 434).

Bei Anträgen auf Grund § 520 Abs. 1 RVO. braucht der Beitritt zur Ersatzkasse nicht schon bei Einreichung des Antrags nachgewiesen zu werden (2185 S. 435).

Der Vorsitzende einer Krankenkasse ist zur Verhängung von Strafen aus § 529 Abs. 1 RVO. jedenfalls dann nicht befugt, wenn die Satzung ihn dazu nicht ausdrücklich ermächtigt. Eine solche Ermächtigung kann nicht schon daraus hergeleitet werden, daß ihm nach der Satzung die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung der Kasse übertragen ist (2186 S. 437).

Die im Kriege von der Militärverwaltung auf Grund eines Privatdienstvertrags gegen Entgelt nicht nur vorübergehend beschäftigten Befestigungsarbeiter (sog. Armierungsarbeiter) unterliegen nicht der Invalidenversicherungspflicht (2187 S. 438).

Die im Dienste der freiwilligen Krankenpflege im Kriege gegen Entgelt beschäftigten Schwestern unterliegen der Invalidenversicherungspflicht (2188 S. 440).

Die während des gegenwärtigen Krieges in landwirtschaftlichen Betrieben oder Nebenbetrieben beschäftigten russisch-polnischen Zeitarbeiter unterliegen nicht der Invalidenversicherungspflicht (2189 S. 443).

B. Allgemeines.

Zur Frage der Versicherungspflicht der Fleisch- und Trichinenschauer im Königreich Sachsen.

Entscheidungen a) des **Oberversicherungsamts Dresden** vom 1. Februar 1915; b) des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 24. November 1915 (P. 55/15).

Die Frage, ob die Fleisch- und Trichinenschauer versicherungspflichtig sind, hängt für die Kranken-, für die Invaliden- und für die Angestelltenversicherung gleichmäßig von der besonderen Gestaltung ihres Dienstverhältnisses, also von den dafür maßgebenden *landesrechtlichen* Vorschriften ab. Für das **Königreich Sachsen** ist die Frage in dem Aufsatze von *Heidecker* in Arb.-Vers. 1915 S. 558ff. verneint worden, weil die Beschauer nach den dort geltenden Bestimmungen als selbständige Gewerbtreibende anzusehen seien. In gleichem Sinne hatte bereits vorher das Oberversicherungsamt Dresden sich in dem folgenden Beschlusse vom 1. Februar 1915 (a) ausgesprochen. Das Oberschiedsgericht für Angestelltenversicherung hat jedoch in dem gleichfalls hier folgenden Beschlusse vom 24. November 1915 (b) den entgegengesetzten Standpunkt für Sachsen vertreten, den es früher schon für Preußen eingenommen hatte (Arb.-Vers. 1915 S. 400). Es liegt also hier, da die Frage nach dem Angestelltenversicherungsgesetze nicht anders beurteilt werden kann als nach der Reichsversicherungsordnung, ein bedauerlicher Widerstreit der Entscheidungen vor.

a)

Die Fleischbeschauer und Trichinenschauer unterstanden dem früheren Krankenversicherungsgesetze nicht. Ihre Tätigkeit wurde von der Rechtsprechung als eine ihrer Natur nach höhere, mehr geistige Betätigung angesehen, die nicht dem Begriffe des Gewerbebetriebes im Sinne des § 1 Abs. 1 Ziff. 2 KVG. unterzuordnen war. Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung dagegen wurde auf sie für einzelne Teile des Reichsgebietes die Bestimmung in § 1 Ziff. 2 IVG. vom 13. Juli 1899 angewendet, wonach Betriebsbeamte, Werkmeister, Techniker, Handlungsgehilfen und Handlungslehrlinge sowie „sonstige Angestellte" in den Kreis der versicherten Personen einbezogen waren, wenn sie gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt wurden, und ihre dienstliche Be-

schäftigung ihren Hauptberuf bildete. So hat das Reichsversicherungsamt die als Einzelbeamte tätigen Fleischbeschauer in Württemberg als Angestellte im Sinne von § 1 Ziff. 2 JVG. angesehen, weil sie dort von der Gemeinde, von der sie angestellt werden, abhängig sind und von der Gemeinde überwacht und zu einem großen Teile entlohnt werden (Amtl. Nachr. 1905 S. 438 Ziff. 1207). Für Preußen sind die als Einzelbeamte tätigen Fleischbeschauer und Trichinenschauer der Invalidenversicherungspflicht unterworfen worden, weil die Kosten als Kosten der Polizeiverwaltung gelten und den Trägern der örtlichen Polizeikostenlast auferlegt sind, und weil beide im Dienste des Preußischen Staates oder desjenigen Kommunalverbandes stehen, dem im einzelnen Falle die Durchführung des Beschauwesens obliegt (Amtl. Nachr. 1907 S. 531 Ziff. 1328 und Amtl. Nachr. 1908 S. 516 Ziff. 1347).

In der Reichsversicherungsordnung sind die wörtlich übereinstimmenden Vorschriften der §§ 165 Abs. 1 Ziff. 2 und 1226 Abs. 1 Ziff. 2 der Bestimmung des § 1 Ziff. 2 JVG. nachgebildet worden. Danach sind sowohl für den Fall der Krankheit als auch für den Fall der Invalidität und des Alters versichert Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet. Voraussetzung der Versicherungspflicht ist ferner, daß sie gegen Entgelt beschäftigt werden (§ 165 Abs. 2 und § 1226 Abs. 2). Hieraus ergibt sich, daß die Versicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung von dem Vorhandensein eines Arbeitsverhältnisses abhängig ist, bei dem sich ein Unternehmer und ein Arbeitnehmer gegenüber stehen. Als Unternehmer gilt nach allgemeiner Auffassung derjenige, für dessen Rechnung der Betrieb erfolgt, also derjenige, dem die Verwertung der Ergebnisse der Betriebsarbeit vorbehalten ist, dem ihr Wert oder Unwert zum Vorteil oder Nachteil gereicht, und der dementsprechend den Betrieb nach außen vertritt, die Verantwortlichkeit trägt und Art und Richtung der Arbeit bestimmt. Im Gegensatze zum Unternehmer ist unselbständiger Arbeitnehmer derjenige, der nach den Weisungen des Unternehmers die Arbeit verrichtet, deren Ergebnis dieser für eigene Rechnung verwertet (Hahn Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 165 RVO., Handb. der Unf.Vers. Anm. 18 zu § 28 GUVG.).

Das Bestehen eines derartigen Arbeitsverhältnisses wird durch die für Sachsen geltenden landesrechtlichen Bestimmungen nicht begründet. Nach § 5 des sächsischen Gesetzes vom 1. Juni 1898, betreffend die Einführung einer allgemeinen Schlachtvieh- und Fleischbeschau (Gesetz- und Verordnungsblatt S. 209), werden die Fleischbeschauer durch die Ortspolizeibehörde für bestimmte örtliche Bezirke oder Ortsteile angestellt und vom Stadtrate oder von der Amtshauptmannschaft verpflichtet. Nach § 6 des Gesetzes sind sie, insoweit ihnen nicht durch Ortsstatut die Eigenschaft von Gemeindebeamten zuerkannt wird, als Aufsichtsorgane der Ortspolizeibehörde anzusehen und bei Ausübung ihrer Funktion durch die Bezirkstierärzte zu beaufsichtigen. Die sächsische Verordnung vom 27. Januar 1903 zur weiteren Ausführung des Reichsgesetzes über die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 sowie der dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen und des sächsischen Gesetzes über die Einführung einer allgemeinen Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 1. Juni 1898 (Gesetz- und Verordnungsblatt S. 75) verpflichtet in § 4 die Fleischbeschauer, auch die Ausübung der Trichinenschau mit zu übernehmen. Nach § 10 des Gesetzes und nach den §§ 37 bis 43 der Verordnung erhält der Fleischbeschauer eine für die einzelnen Verrichtungen besonders festgesetzte Gebühr, die vom Besitzer des Schlachttieres zu entrichten ist.

Die rechtlichen Verhältnisse der Fleischbeschauer in Sachsen sind hiernach insofern wesentlich anders geregelt als in Preußen und Württemberg, als ihnen in Sachsen eine Entlohnung von der Ortspolizeibehörde, wenn sie nicht mit fester Besoldung angestellt sind (§ 43 Abs. 3 der Verordnung), nicht gewährt wird. Die Ortspolizeibehörde übt nur ein gewisses Aufsichtsrecht aus, mit dem auch eine Strafbefugnis verbunden ist (§ 1 der Verordnung und § 18 des Gesetzes). Sie ist aber nicht berechtigt, nach Art eines Arbeitgebers durch Erteilung beliebiger Anweisungen den Pflichtenkreis der Fleischbeschauer zu beeinflussen. Der Fleischbeschauer steht unmittelbar unter dem Gesetze. Unabhängig von der Behörde trifft er über die Ausführung der ihm obliegenden Tätigkeit selbständig Entschließung. Er ist Herr seiner Zeit, soweit ihn das Gesetz nicht bindet. Ihm allein liegt die Verantwortung für eine getreue Pflichterfüllung ob, deren wirtschaftliches Ergebnis auch allein für ihn, nicht aber für die Behörde von Bedeutung ist. Der Fleischbeschauer ist deshalb nach sächsischem Rechte als eine selbständig erwerbstätige Person anzusehen. An dieser Beurteilung wird auch dadurch nichts geändert, daß er von der Ortspolizeibehörde angestellt und von der unteren Verwaltungsbehörde in Pflicht genommen wird. Denn dieses Anstellungsverhältnis macht ihn ebenso wenig zum „Angestellten" der Anstellungsbehörde im Sinne der Reichsversicherungsordnung, wie es der Anstellungsbehörde die Merkmale des Unternehmers verleiht. Eine Versicherungspflicht kann also durch das landesrechtliche Anstellungsverhältnis keines-

wegs begründet werden (vgl. Ziff. 11 der vom Reichsversicherungsamte am 26. April 1912 aufgestellten Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen).

Hiernach ist nur noch zu prüfen, ob etwa von dem Beschwerdeführer und der Gemeinde Verabredungen getroffen worden sind, die die Begründung eines Arbeitsverhältnisses im besonderen Falle erweisen könnten. Dies ist nicht geschehen. Ein Vertrag, wonach die Gemeinde als Unternehmer und der Beschwerdeführer als ein gegen Gehalt beschäftigter Angestellter zu gelten hätte, besteht nicht. Der Beschwerdeführer ist bei Ausübung seines Berufes von Weisungen der Gemeinde nicht abhängig und erhält auch von der Gemeinde keine Entschädigung. Vielmehr werden die ihm nach dem Gesetze zustehenden Gebühren von den Fleischern und Privatleuten, die Schlachtungen ausführen lassen, nach jeder einzelnen Leistung unmittelbar an ihn ausgezahlt. Die größeren oder geringeren Ergebnisse seiner Arbeit haben für die Gemeinde keinerlei Bedeutung.

Der Beschwerdeführer ist also nach § 165 für den Fall der Krankheit nicht versichert und braucht deshalb nicht bei der Krankenkasse angemeldet zu werden.

b)

Was zunächst die Frage betrifft, ob die in der Hauptsache als Trichinenschauer tätigen P. und R. als Angestellte der Stadtgemeinde F. oder als selbständige Gewerbetreibende anzusehen sind, so ist in dieser Beziehung dem Rentenausschuß beizutreten.

Das Reichsversicherungsamt hatte für das Gebiet der Arbeiterversicherung ursprünglich mehrfach die nicht in Schlachthäusern tätigen Fleischbeschauer als selbständige Gewerbetreibende angesehen, indem es davon ausging, daß Fleischbeschauer mit Rücksicht auf § 36 Reichsgewerbeordnung in der Regel als Unternehmer zu erachten seien, und daß die für die Ausübung ihrer Tätigkeit maßgebenden Polizeivorschriften nicht geeignet seien, sie als Hilfspersonen der Polizeibehörden erscheinen zu lassen. Diesen Standpunkt hat das Reichsversicherungsamt in neuerer Zeit mit Rücksicht auf die Aenderung der Gesetzgebung aufgegeben. Es hat zunächst Fleischbeschauer, die in Württemberg als Einzelbeamte tätig waren, als Gemeindeangestellte behandelt (zu vgl. Revisionsentsch. 1207, Amtl. Nachr. 1905 S. 438). Später hat es denselben Grundsatz auch für die in Preußen als Einzelbeamte tätigen Fleischbeschauer und Trichinenschauer aufgestellt (zu vgl. Revisionsentsch. 1328, 1347, Amtl. Nachr. 1907 S. 530 und 1908 S. 516). Mit den im Königreich Sachsen tätigen Trichinenschauern sich zu beschäftigen, hat es bisher keine Gelegenheit gehabt. Es kann aber, wie die gehörte Landesversicherungsanstalt mit Recht hervorhebt, nicht zweifelhaft sein, daß auch die hier als Einzelbeamte tätigen Trichinenschauer nach den vom Reichsversicherungsamt in den vorbezeichneten Entscheidungen entwickelten Gesichtspunkten als Angestellte und nicht als selbständige Gewerbetreibende zu gelten haben.

Dem Standpunkte des Reichsversicherungsamts ist auch für die vorliegende Sache beizutreten. Die beiden Trichinenschauer P. und R. sind von dem Rentenausschuß und dem Schiedsgericht mit Recht als Angestellte der Stadtgemeinde F. angesehen worden.

Nach § 5 des Königlich sächsischen Gesetzes vom 1. Juni 1898 (Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt S. 209) werden die Fleischbeschauer von den Ortspolizeibehörden für bestimmte örtliche Bezirke angestellt und vom Stadtrat oder der Amtshauptmannschaft verpflichtet. Auf Grund von § 6 Abs. 1 a. a. O. sind die Beschauer, insoweit ihnen nicht durch Ortsstatut die Eigenschaft von Gemeindebeamten zuerkannt wird, als Aufsichtsorgane der Ortspolizei anzusehen. Die sächsische Ausführungsordnung vom 27. Januar 1903 (Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt S. 75) verpflichtet im § 4 die Fleischbeschauer, auch die Ausübung der Trichinenschau mit zu übernehmen, die nach § 13 Abs. 1 dieser Verordnung bei Schweinen und Hunden zur vollständigen Fleischbeschau gehört. Infolgedessen sind die Trichinenschauer, deren Tätigkeit im übrigen noch durch die §§ 13, 14 der erwähnten Ausführungsverordnung geregelt wird, in ihrem Anstellungsverhältnis den Fleischbeschauern gleich zu achten. Dies geht insbesondere aus § 13 Abs. 3 a. a. O. hervor, welcher lautet:

„Für die Bestellung und Verpflichtung der zur Ausübung der Trichinenschau erforderlichen Trichinenschauer haben die Ortspolizeibehörden gemäß § 4 besorgt zu sein."

Nach § 4 Abs. 4, der hiernach auch auf die Trichinenschauer anzuwenden ist, werden die Beschauer gemäß § 5 des sächsischen Gesetzes angestellt und verpflichtet. Es werden also die Trichinenschauer ebenso wie die Fleischbeschauer von der zuständigen Behörde angestellt. Daß ein Anstellungsverhältnis beabsichtigt ist, geht auch ferner daraus hervor, daß mangels anderweiter Festsetzungen eine beiden Teilen freistehende vierteljährliche Aufkündigung vorgesehen ist. Wären die Trichinenschauer selbständige Gewerbetreibende, so könnte von einer solchen Kündigung, die ein Dienstverhältnis voraussetzt, keine Rede sein. Ueberdies spricht die Verordnung auch sonst an verschiedenen Stellen (zu vgl. z. B. § 43 Abs. 3, § 55 Abs. 6, §§ 67, 68 Abs. 2) von einer

Anstellung oder Wiederanstellung der Fleischbeschauer und Trichinenschauer.

Daß ferner die Tätigkeit der Fleischbeschauer und Trichinenschauer als eine amtliche und nicht als die eines privaten Gewerbetreibenden aufgefaßt wird, geht aus § 6 Abs. 1 des sächsischen Gesetzes vom 1. Juni 1898 klar hervor, wonach sie entweder Gemeindebeamte oder Aufsichtsorgane der Ortspolizei sein müssen. Im vorliegenden Falle kommt daneben noch in Betracht, daß die Trichinenschauer an bestimmte Dienststunden gebunden sind, was mit der freien Stellung eines selbständigen Gewerbetreibenden nicht vereinbar wäre. Wichtig ist auch, daß nach § 10 des genannten Gesetzes und nach §§ 37 bis 43 der erwähnten Ausführungsverordnung von dem Besitzer der untersuchten Schlachttiere eine Gebühr zu entrichten ist, die den Beschauern entweder unmittelbar oder durch Vermittlung der Anstellungsbehörden zufließt und die im Verwaltungswege nach dem für die Beitreibung von Gemeindeabgaben vorgeschriebenen Verfahren beigetrieben wird. Die Gebühr hat also öffentlich rechtlichen Charakter und kann auch vom Beschauer weder erhöht noch herabgesetzt werden.

Bei dieser Rechtslage ist es ohne Bedeutung, daß die beiden Trichinenschauer nicht wie bei ihrer Fleischbeschautätigkeit auf ein Amt, sondern auf „das Gewerbe als Trichinenschauer" seinerzeit eidlich verpflichtet worden sind. Denn auf diese, von dem das Versicherungsprotokoll aufnehmenden Beamten irrtümlich angewandte Bezeichnung kann es um so weniger ankommen, als am Schlusse der Niederschrift ausdrücklich von der „Auflösung ihres dienstlichen Verhältnisses" die Rede ist, was sich mit einem selbständigen Gewerbebetrieb nicht in Einklang bringen läßt.

Nach alledem üben P. und R. sowohl die Trichinenschau wie auch die Fleischbeschau nicht als freies, selbständiges Gewerbe aus, sondern als Angestellte der Stadtgemeinde F., die als Trägerin der Polizeigewalt für eine ordnungsmäßige Trichinenschau und Fleischbeschau zu sorgen hat. Es ist ihnen also in Uebereinstimmung mit dem Königlich Sächsischen Ministerium des Innern die Eigenschaft als „Gemeindeangestellte" zuzusprechen. . . .

C. Zur Krankenversicherung.

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Erlaß der **preuß. Minister des Innern und für Handel usw.** (an die Regierungspräsidenten usw.) vom 28. April 1916 (HMBl. S. 136).

Der seit längerer Zeit in Deutschland bemerkbare Rückgang der Geburten hat durch den Krieg eine noch ernstere Bedeutung erhalten. Aus dringenden Rücksichten der Volkserhaltung ist es geboten, mit allen Mitteln den Ursachen des Geburtenrückganges entgegenzutreten. Dazu gehört auch eine durchgreifende Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Das Reichsversicherungsamt hat zu dem Zwecke im Vereine mit den Trägern der Sozialversicherung unter Mitwirkung der Heeres- und Marineverwaltung und der Aerzteschaft eine umfassende Einrichtung in Aussicht genommen, die bestrebt ist, durch eine systematische Ueberwachung der geschlechtlich erkrankten Versicherten diesem Ziele näher zu kommen.

Die Ueberwachungsmaßregeln sollen in der Erkenntnis, daß von dieser Seite gegenwärtig oder doch in näherer Zukunft eine besondere Gefahr drohe, bei den aus dem Felde zurückkehrenden geschlechtskranken Heeres- und Marineangehörigen einsetzen. Diese sollen nach ihrer Entlassung den von den Landesversicherungsanstalten einzurichtenden Beratungsstellen zugeführt werden, damit sie einer weiteren gesundheitlichen Ueberwachung und der erforderlichen, womöglich unentgeltlichen, ärztlichen Nachbehandlung unterzogen werden. Es wird gehofft, daß diese zunächst für die aus dem Felde Zurückkehrenden bestimmte Einrichtung nach Ablauf des Krieges sich als eine dauernde wirksame Hilfseinrichtung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im bürgerlichen Friedensleben erhalten und entwickeln und so zugleich den Erkrankten eine Hilfe, den Versicherungsträgern von Nutzen und der bürgerlichen Gesellschaft eine Wohltat sein werden.

Es ist in Aussicht genommen, wie folgt zu verfahren:

Die Militärverwaltung wird die bei der Demobilisierung noch als ansteckungsfähig befundenen Geschlechtskranken, soweit es möglich ist, bis zum Erlöschen ihrer Ansteckungsfähigkeit zur Behandlung in den Lazaretten zurückbehalten und weiterhin die während des Krieges geschlechtlich Erkrankten, sofern sie ihre Einwilligung dazu geben, den Landesversicherungsanstalten vertraulich namhaft machen. Ohne Einwilligung erscheint die Meldung nach der gegenwärtigen Rechtslage nicht angängig. Dagegen wird seitens der Militärärzte mit allem Nachdruck versucht werden, die Einwilligung der Kranken zu erhalten. Ferner soll an die zur Entlassung kommenden Heeres- und Marineangehörigen das beigefügte Merkblatt „Ein guter Rat" verteilt werden (Anlage 1), wobei noch besonders eindringlich auf die Bedeutung der von den Landesversiche-

rungsanstalten in Aussicht gestellten Fürsorge hingewiesen wird. Auf diese Weise werden die Entlassenen den von den Landesversicherungsanstalten eingerichteten Beratungsstellen zugeführt, in denen die Erkrankten zwar keine Behandlung erhalten, die Notwendigkeit einer solchen aber durch Aerzte festgestellt wird, die auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe insbesondere bei den Krankenkassen hinzu wirken haben. Die Kosten der Einrichtung und der Unterhaltung der Beratungsstellen sowie die Reisekosten der Versicherten tragen die Versicherungsanstalten. Das Nähere ergibt sich aus den anliegenden „Leitsätzen" (Anlage 2), die in der Vollversammlung der Vorstände der Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten im Reichsversicherungsamt am 14. Dezember 1915 angenommen sind.

Wir ersuchen Sie, die Versicherungsämter anzuweisen, die Krankenkassen ihres Bezirkes auf die geplanten Maßnahmen hinzuweisen und ihnen deren Förderung zu empfehlen. Es handelt sich dabei nicht nur um die Behandlung einzelner Geschlechtskranker auf Kosten der Krankenkassen, sondern vor allem um allgemeine Maßnahmen der Krankheitsverhütung im Sinne des § 363 Abs. 1 RVO. Dahin gehören vorbeugende Maßnahmen verschiedener Art, z. B. die Veranstaltung von Vorträgen oder Ausstellungen für die Kassenmitglieder, die Verbreitung von Merkblättern, der Erwerb der Mitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und dergl. Ferner kommt in Betracht die Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten, wenn dieser so organisiert wird, wie in Berlin, wo die Landesversicherungsanstalt nicht nur die Kosten der Beratungsstellen, sondern auch die der Behandlung der Kranken übernimmt und einen Teil der letzteren Kosten von den Krankenkassen nach dem Verhältnis ihrer Mitgliederzahl wieder einzieht.

Anlage 1. Ein guter Rat.

Sie haben während ihrer Dienstzeit eine Krankheit durchgemacht, welche vielleicht nicht völlig ausgeheilt ist und deshalb in Zukunft für Sie und Ihre Angehörigen schlimme Folgen haben kann. Sie müssen sich deshalb noch weiterhin untersuchen und nötigenfalls behandeln lassen, bis Sie ganz gesund sind. Sie werden nach einiger Zeit von der für Ihren künftigen Wohnort zuständigen Versicherungsanstalt eine Aufforderung erhalten, sich an einer Stelle, die Ihnen bezeichnet werden wird, zur Untersuchung einzufinden. Man wird Ihnen dort gern alle erforderlichen Ratschläge erteilen, ohne daß Ihnen Kosten oder Nachteile irgend welcher Art daraus entstehen. Alle Beamten und Aerzte der Versicherungsanstalten sind auch zu strengster Verschwiegenheit über die ihnen dienstlich bekannt gewordenen Krankheiten verpflichtet.

Dringend gewarnt werden Sie davor, sich in die Behandlung von sogenannten Naturheilkundigen oder von Aerzten zu begeben, die in den Zeitungen ihre Dienste anbieten. Bei solcher Behandlung opfern Sie nutzlos Zeit und Geld.

Anlage 2. Leitsätze.

1. Zur Verminderung der Gefahr einer Zunahme der Geschlechtskrankheiten im deutschen Volke ist eine Ueberwachung geschlechtskranker Kriegsteilnehmer auch nach ihrer Entlassung geboten.

Um diese Ueberwachung erfolgreich zu gestalten, ist ein planmäßiges Zusammenarbeiten der Träger der Invaliden- und Krankenversicherung mit der Aerzteschaft unerläßlich.

Zum Zwecke dieser Ueberwachung werden besondere Beratungsstellen von den Versicherungsanstalten nach Benehmen mit der zuständigen ärztlichen Standesvertretung eingerichtet. Es kann zweckmäßig sein, für Versicherungsanstalten und Sonderanstalten oder für Teile ihrer Bezirke gemeinsame Beratungsstellen einzurichten.

2. Die Kosten der Einrichtung und Unterhaltung der Beratungsstellen und die Reisekosten der Versicherten tragen die Versicherungsanstalten.

Der Dienstbetrieb der Beratungsstellen wird im allgemeinen nach dem Vorbilde der Fürsorgestelle der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte in Hamburg einzurichten sein. Verzieht der Versicherte in den Bezirk einer anderen Anstalt, so werden die über ihn geführten Aufzeichnungen dorthin abgegeben.

3. Die Aerzte der Beratungsstellen sollen sich der Behandlung enthalten. Sie haben nur die Notwendigkeit einer solchen festzustellen und den Kranken auf ärztliche Hilfe zu verweisen.

4. Stellt der Arzt der Beratungsstelle eine Behandlungsbedürftigkeit fest, so ist der gegen Krankheit Versicherte grundsätzlich der Krankenkasse zu überweisen, es sei denn, daß er triftige Gründe gegen eine Behandlung auf Kosten seiner Krankenkasse geltend macht. In diesem Falle wird die Versicherungsanstalt die Behandlung auf ihre Kosten übernehmen.

5. Die Versicherungsanstalt übernimmt ferner die Behandlung, wenn der Kranke nicht gegen Krankheit versichert ist.

6. Die Versicherungsanstalt kann auch die Fürsorge für nicht oder nicht mehr gegen Invalidität Versicherte übernehmen, wenn der Kranke dem Kreise der versicherungspflichtigen Bevölkerung nahesteht und zu besorgen ist, daß ohne das Eingreifen der Versicherungsanstalt eine sachgemäße Behandlung unterbleibt.

Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft und Ersatzanspruch gegen die Kasse; Abkommen hierüber.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Januar 1916 (2154 Amtl. Nachr. 1916 S. 362).

Der Senat hatte als Revisionsgericht nicht zu prüfen, ob die Klägerin, wie die Beklagte behauptet, das Heilverfahren nach § 1513 RVO. wahllos übernimmt. Die Prüfung des Senats mußte sich vielmehr darauf beschränken, ob die gesetzlichen Voraussetzungen des Ersatzanspruchs vor-

liegen. Das ist, wie die Vorinstanzen zutreffend angenommen haben, der Fall. Nach § 1513 kann bei Krankheit, die ein Unfall herbeigeführt hat, der Träger der Unfallversicherung das Heilverfahren übernehmen. Diese Befugnis setzt somit lediglich voraus, daß die Krankheit durch einen Betriebsunfall verursacht ist (zu vgl. § 1 Abs. 1 der Bekanntmachung über die vertragliche Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen gemäß §§ 1513, 1501, 1503 RVO. v. 1. November 1913, Amtl. Nachr 1913 S. 688). Es ist nicht erforderlich, daß die Krankheit Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Mit Unrecht beruft sich die Beklagte auf die Leitsätze für das Heilverfahren während der Wartezeit (Amtl. Nachr. 1911 S. 595) und auf die Schrift von Kaufmann „Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung". Weder aus den Leitsätzen noch aus dieser Schrift ergibt sich, daß die Berufsgenossenschaften das Heilverfahren nach § 1513 nur bei Arbeitsunfähigkeit des Verletzten übernehmen dürfen. In den Leitsätzen sind zwar gewisse Fälle aufgeführt, die sich besonders zur Frühbehandlung eignen. Dadurch sollte aber das Recht der Berufsgenossenschaften, auch in anderen Fällen das Heilverfahren zu übernehmen, nicht ausgeschlossen werden. Das ist in § 1 Abs. 2 des Abkommens, dem übrigens die Klägerin nicht beigetreten ist, ausdrücklich bemerkt.

Vorliegend war die Krankheit des A. durch einen Betriebsunfall herbeigeführt. Der Ersatzanspruch der Klägerin richtet sich somit nach § 1513 Abs. 2 RVO. Danach hat die Krankenkasse dem Träger der Unfallversicherung insoweit Ersatz zu leisten, als der Kranke von ihr nach Gesetz oder Satzung Krankenhilfe beanspruchen könnte und der Träger der Unfallversicherung dann nicht selbst ersatzpflichtig wäre. Dabei gelten als Ersatz für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns, nach welchem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt. Der Begriff der Krankenhilfe im Sinne des Satzes 1 dieser Vorschrift ergibt sich aus § 182 RVO.. Danach besteht die Krankenhilfe in Krankenpflege gemäß § 182 Nr. 1 und in Gewährung von Krankengeld, wenn der Versicherte arbeitsunfähig ist. Trifft das nicht zu, so ist als Krankenhilfe lediglich Krankenpflege zu leisten. Der Begriff der Krankenhilfe umfaßt daher auch die Krankenpflege. Demnach kann der Träger der Unfallversicherung Ersatz der Kosten der Krankenpflege nach § 1513 Abs. 2 Satz 2 auch dann verlangen, wenn er gemäß § 1513 Abs. 1 Satz 2 an Stelle der Krankenkasse lediglich Krankenpflege zu leisten hatte, der Verletzte also nicht arbeitsunfähig war. Das folgt auch aus der Entstehungsgeschichte des § 1513. . . . (Dies wird näher dargelegt.)

Aus dieser Entstehungsgeschichte ergibt sich zweifellos, daß dem Träger der Unfallversicherung in den Grenzen des § 1513 Abs. 2 ein Anspruch auf Ersatz des Wertes der ganzen Krankenhilfe zusteht, mag der Verletzte arbeitsunfähig gewesen sein oder nicht. Auch der in der Reichstagskommission gestellte Antrag Nr. 1 ist nicht, wie die Beklagte meint, dahin auszulegen, daß der Berufsgenossenschaft ein Anspruch auf Ersatz der Kosten der Krankenpflege nach § 1513 Abs. 2 Satz 2 nur für den Fall eingeräumt werden sollte, daß der Verletzte arbeitsunfähig war. Wie bemerkt, wollte der Antrag die Absicht des Vorentwurfs verwirklichen. In der Begründung zum Vorentwurfe wird aber ausdrücklich ausgeführt, daß die Krankenkasse der Berufsgenossenschaft alles zu ersetzen habe, was der Erkrankte von der Kasse selbst als Krankenunterstützung beanspruchen könnte. Dazu gehört die Krankenpflege auch dann, wenn der Verletzte nicht arbeitsfähig war.

Hiernach kann die Klägerin von der Beklagten als Ersatz der Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns verlangen, nach dem sich das Krankengeld des A. bestimmte. Die Klägerin beansprucht den Ersatz nur für drei Tage. Dabei ist, wie sich aus der Revisionsgegenschrift der Klägerin ergibt, der 1. April 1914 nicht mitgerechnet. Dadurch erledigt sich der Einwand der Beklagten, daß die Klägerin für diesen Tag keinen Ersatz verlangen könne, weil die Kosten für die ärztliche Hilfe von der Krankenkasse getragen worden seien.

Das Verlangen der Beklagten, daß die von ihr ihren Aerzten gewährte Vergütung von der Erstattungssumme abgezogen werde, findet im Gesetze keine Stütze. Zugegeben ist, daß bei dieser Rechtslage namentlich solche Krankenkassen benachteiligt werden können, die ihren Aerzten ein festes Gehalt oder eine nach Krankheitsfällen oder nach der Zahl der Kassenmitglieder berechnete Vergütung zahlen (zu vgl. Revisionsentsch. 1994, Amtl. Nachr. 1915 S. 436). Die Kassen haben dann außer der Vergütung an die Aerzte noch an die Berufsgenossenschaft den Betrag von drei Achteln des Grundlohns zu zahlen. Diesen Härten soll durch das Abkommen über die vertragliche Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen begegnet werden. Danach kann als Ersatz der Krankenpflege nicht ohne weiteres der Betrag von drei Achteln des Grundlohns, sondern nur die Erstattung des tatsächlichen Aufwandes bis zu dieser Höhe verlangt werden (zu vgl. § 2 Abs. 1 des Abkommens). Ferner trägt § 2 Abs. 3 a. a. O. den Bedürfnissen solcher Kassen Rechnung, die ihren Aerzten ein festes Gehalt oder eine nach Krankheitsfällen oder nach der Zahl der Versicherten berechnete Vergütung zahlen. Dann ermäßigt sich der nach § 2 Abs. 1 a. a. O. zu leistende Ersatz um 7 M. Dieses Abkommen konnte vorliegend jedoch nicht ange-

wandt werden, da die Beklagte ihm, wie bemerkt, nicht beigetreten ist. Hiernach muß es bei den Vorentscheidungen bewenden.

Zur Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden nach den Vorschriften für die Kriegszeit.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Hamburg** vom 14. April 1916.

Die Schneiderin St. hat durch Vermittlung des Vereins selbständiger Damenschneiderinnen in H. von dem Militärbekleidungsamt des IX. Armee-Korps in B. gegen tariflich festgesetzte Stücklöhne die Fertigstellung zugeschnitten gelieferter Kleidungsstücke übernommen. Sie hatte diese ihrerseits wiederum an Haus- oder Heimarbeiterinnen vergeben, welche die Arbeiten in ihren eigenen Wohnungen verrichtet haben. Die St. bestritt ihre Verpflichtung, die von ihr beschäftigten Arbeiterinnen anzumelden. Das Versicherungsamt in H. entschied, daß die St. auf Grund des § 491 RVO. die Listen für die von ihr beschäftigten Arbeiterinnen einzureichen und die Beiträge für diese zu zahlen habe. Sie sei berechtigt, sich die von ihr gezahlten Zuschüsse vom Kriegsbekleidungsamt als Auftraggeberin erstatten zu lassen. Hiergegen legte das Kriegsbekleidungsamt Beschwerde beim Oberversicherungsamt ein, welche abgewiesen wurde mit folgender Begründung:

Der Beschwerdeführer bringt vier Einreden vor, zwei formeller, zwei materieller Art.

1. Es wird die Rechtswirksamkeit der statutarischen Bestimmungen vom 2. September 1914 um deswillen bestritten, weil sie nicht von der für die Erlassung eines Ortsstatuts zuständigen Stelle ergangen seien. Für diese Auffassung bezieht sich Beschwerdeführer auf den Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 9. Oktober 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 754). Dieser Erlaß gründet sich auf ein Schreiben des Reichskanzlers, Reichsamt des Innern, vom 2. Oktober 1915, in welchem eine Anfrage des Fürstlich-Schwarzburgischen Ministeriums vom 15. Juli 1915 beantwortet wird.

Nach § 3 Abf. 1 des Gesetzes betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 wurden für die Dauer des gegenwärtigen Krieges die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die hausgewerbliche Krankenversicherung außer Kraft gesetzt. Nach Abf. 2 kann auf übereinstimmenden Antrag der beteiligten Gemeinde oder des Gemeindeverbandes und des Vorstandes der Krankenkassen das Oberversicherungsamt genehmigen, daß die hausgewerbliche Krankenversicherung durch statutarische Bestimmung geregelt wird. Es konnte rechtlichen Zweifeln unterliegen, was das erwähnte Gesetz unter statutarischer Bestimmung verstand. War hierunter nämlich eine kassenstatutarische Bestimmung zu verstehen, so konnte die Regelung durch einen Nachtrag zu den Satzungen der Krankenkasse erfolgen, der lediglich der Genehmigung des Oberversicherungsamts bedurfte. Verstand man aber unter „statutarische Bestimmung" eine ortsstatutarische Regelung, so bedurfte das Statut der Genehmigung der nach Landesrecht zuständigen Gemeindeaufsichtsbehörde. Das Oberversicherungsamt H. ist bei Genehmigung der statutarischen Bestimmungen vom 2. September 1914 offenbar von der ersteren Ansicht ausgegangen. Wenn nun erst nachträglich, also im Jahre 1915, rechtliche Zweifel über die Bedeutung des Ausdrucks „statutarische Bestimmung" im § 3 des Notgesetzes vom 4. August 1914 entstanden, und wenn diese Zweifel dem Fürstlich-Schwarzburgischen Ministerium gegenüber seitens des Reichskanzlers durch Schreiben vom 2. Oktober 1915 dadurch geklärt wurden, daß unter „statutarische Bestimmung" im Sinne des angeführten Gesetzes nur eine ortsstatutarische Regelung könne gemeint sein, so kann diese nachträgliche Interpretation unmöglich dazu führen, nunmehr die Wirksamkeit der am 2. September 1914 vom Oberversicherungsamt genehmigten statutarischen Bestimmungen zu beseitigen. Im übrigen mag bemerkt werden, daß die Annahme des Beschwerdeführers, die Behörde für das Versicherungswesen als solche hätte die statutarischen Bestimmungen vom 2. September 1914 erlassen, keineswegs zutrifft, vielmehr hat gemäß § 3 Abf. 2 des Gesetzes vom 4. August 1914 die genannte Behörde lediglich in ihrer Eigenschaft als Gemeindeverband (vgl. Bekanntm. vom 19. Juni 1912) in Uebereinstimmung mit dem Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse H. den Antrag auf Genehmigung der statutarischen Bestimmungen gestellt; mithin ist die Wirksamkeit der letzteren zu Unrecht bemängelt. Nicht unerwähnt soll übrigens in diesem Zusammenhange bleiben, daß der im Schreiben des Reichskanzlers vom 2. Oktober 1915 ausgesprochenen Anregung bei Erlaß des Ortsstatuts vom 8. Dezember 1915 Rechnung getragen ist durch die Bekanntmachung des Senats vom 8. Dezember 1915.

2. Beschwerdeführer hält es für unzulässig, daß die statutarischen Bestimmungen vom 2. Sept. 1914 ohne weiteres über die Grenze des hamburgischen Staates hinausgreifen, somit Auftraggeber betreffen, die in Altona ihren Wohnsitz haben.

Nach den dem Oberversicherungsamt zugänglich gemachten Unterlagen haben bei Einführung des II. Buches der Reichsversicherungsordnung zwischen dem Reichskanzler, dem Preuß. Minister für Handel und Gewerbe und dem Senat in H. als obersten Verwaltungsbehörde Erörterungen über die Anwendung des § 488 Abf. 2 RVO. zwecks Aufrechterhaltung des bis dahin gültigen Ortsstatuts stattgefunden. Zu diesem Behufe beabsichtigte der Preußische Minister für

Handel und Gewerbe unter den „größeren Bezirk" im Sinne des § 488 Abs. 2 auch das hamburgische Staatsgebiet einzubeziehen. Dies geschah unter Zustimmung des Reichskanzlers mit der Wirkung, daß das A. Ortsstatut auch auf Auftraggeber oder Gewerbetreibende Anwendung findet, welche ihren Betriebssitz im hamburgischen Staatsgebiet haben. In I der statutarischen Bestimmungen vom 2. September 1914 wird — analog der im Ortsstatut vorgesehenen — Regelung bestimmt, daß die dort näher aufgeführten Hausgewerbtreibenden auch ferner gegen Krankheit zu versichern sind, sofern . . . . . die Auftraggeber der Hausgewerbtreibenden ihren Betriebssitz im hamburgischen Staatsgebiet oder in den unmittelbar angrenzenden preußischen Kreisen haben. Nun ist zwar richtig, daß bei Genehmigung dieser statutarischen Bestimmungen eine vom Senat als obersten Verwaltungsbehörde in Gemäßheit § 488 Abs. 2 RVO. zu treffende Bestimmung nicht vorgelegen hat. Das Unterlassen der Einholung einer solchen Bestimmung erklärt sich ohne weiteres aus der infolge des Kriegszustandes gebotenen Eilbedürftigkeit (vgl. auch die Begr. zum Notgesetz betreffend die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914). Es bedurfte nach Auffassung des Oberversicherungsamts auch nicht der Herbeiführung einer solchen Bestimmung, weil für die Gültigkeit der hamburgischen statutarischen Bestimmungen in den unmittelbar angrenzenden preußischen Kreisen ohne weiteres und unbedenklich reciprok dieselben praktischen Erwägungen sprechen, aus denen heraus die Gültigkeit des Ortsstatuts im hamburgischen Staatsgebiet angeordnet war. Hierbei bedurfte es nach dem Erlaß des Reichskanzlers vom 2. Januar 1914 nicht etwa einer Mitwirkung des als Betriebssitz von Auftraggebern beteiligten Bundesstaates Preußen.

3. Sachlich wendet Beschwerdeführer ein, nicht er sei zur Zahlung der Auftraggeberzuschüsse verpflichtet, vielmehr seien dies die Vertreterinnen des Vereins selbständiger Damenschneiderinnen, Fräulein J. und Fräulein Kr., denn sie seien Vertragspartei der hausgewerblich Beschäftigten beziehungsweise Heimarbeiterinnen.

Nach § 491 RVO. gilt, wenn Hausgewerbtreibende durch Zwischenpersonen, wie Ausgeber, Faktoren, Zwischenmeister im Auftrag eines Dritten beschäftigt werden, dieser als der Auftraggeber. Die gleiche Bestimmung enthält die Bekanntmachung über die Durchführung der hausgewerblichen Krankenversicherung vom 5. Dezember 1913 I Ziff. 10 Amtl. Nachr. 1913 S. 806 und die Satzung der Allgemeinen Ortskrankenkasse § 67 h. Nach § 2 der Bekanntm. über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 Amtl. Nachr. 1915 S. 335 gelten u. a. als Gewerbetreibende der statutarischen Bestimmungen, die auf Grund des § 3 des vorerwähnten Notgesetzes vom 4. August 1914 erlassen sind — und das war bei den hier fraglichen statutarischen Bestimmungen der Fall — auch diejenigen Gewerbtreibenden, welche für Rechnung des Reiches arbeiten. Beschwerdeführer nimmt an, Vertragspartei der Hausgewerbtreibenden sei nicht er, vielmehr die Vertreterinnen des Vereins selbständiger Damenschneiderinnen.

Dieser Auffassung vermochte sich das Oberversicherungsamt nicht anzuschließen. Es liegt hier offenbar ein mittelbares Beschäftigungsverhältnis zwischen Auftraggeber und Beschäftigten, ein mittelbares Arbeitgeberverhältnis im Sinne des § 491 RVO. vor.

Die gesetzgeberischen Motive zu § 491 RVO. (§ 518 Entwurf) sind zwar in der Begründung übergangen. Der Paragraph ist bei der Beratung lediglich redaktionell verändert worden (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl. S. 774 ff.). Für die Motive des § 491 muß somit die rechtsgeschichtliche Entwicklung maßgebend sein. Nach dieser erschien es billig, auch dann, wenn die Fabrikanten, Konfektionäre usw. eine direkte Beschäftigung der Versicherten vermieden, sie wenigstens zu deren Versicherung beitragen zu lassen, so daß die Lasten der Arbeitgeber nicht den in der Regel in einer wenig günstigen Lage sich befindenden Zwischenpersonen aufgebürdet zu werden brauchten. Nach den besonderen Umständen des Falles nimmt in Uebereinstimmung mit dem Versicherungsamt das Oberversicherungsamt an, daß nur Beschwerdeführer als Auftraggeber angesehen werden kann. Er bestimmte die Macherlöhne, er gab die fertig zugerichteten Arbeitsstücke aus, und ihm kam das Arbeitsergebnis zugute. Des Vereins selbständiger Damenschneiderinnen in H. bediente er sich offenbar lediglich zur Vermittlung, da dieser ungleich besser in der Lage war, die Arbeiten an geeignet erscheinende Firmen zu vertreiben als er selbst. Hieran wird auch nichts durch das vom Beschwerdeführer beigebrachte Schreiben des vorgenannten Vereins vom 22. Februar 1916 geändert, in welchem letzterer lediglich die Verantwortung für die korrekte Ausführung der Aufträge übernimmt. Gerade hierin zeigt sich so recht die Vermittlerrolle des Vereins, an den sich anstatt an die zahlreichen einzelnen 122 Firmen der Beschwerdeführer bei etwaigen Monituren halten konnte. Es würde gerade auch im vorliegenden Falle unbillig erscheinen und dem gesetzgeberischen Grundgedanken nicht entsprechen, an Stelle des Militärfiskus den hierfür wohl kaum in Betracht kommenden Vertreterinnen des Vereins selbständiger Damenschneiderinnen die Verpflichtung zur Erstattung von Arbeitgeberzuschüssen aufzuerlegen.

4. Endlich wendet Beschwerdeführer ein, die

Beschäftigten seien keine Hausgewerbtreibenden, vielmehr nur unselbständige Heimarbeiterinnen gewesen.

Bei Prüfung dieser Frage ist in erster Linie das Maß der der einzelnen Beschäftigten zustehenden persönlichen Unabhängigkeit festzustellen. Es handelt sich hier offenbar nicht um sogenannte detachierte unselbständige Heimarbeiterinnen, deren Detachierung lediglich aus rein zufälligen Gründen, etwa wegen Raummangels usw. stattfand. Die St. läßt in ihrem Hause mit zwei Lehrlingen und nur für Privatkundschaft arbeiten, ist daher auch garnicht willens oder in der Lage, den Personen, denen sie Aufträge des Kriegsbekleidungsamts übermittelt, Raum in ihrer eigenen Werkstätte zu gewähren. Alle Kennzeichen, welche für die Selbständigkeit der hier Beschäftigten sprechen könnten (alleiniger Herr in der Werkstatt, Selbstbestimmung des Beginns, Endes, Umfanges und Reihenfolge der Arbeit, Freiheit in der Annahme von Gehilfen und in der Benutzung eigener Hilfsstoffe, Beschäftigung für mehrere Arbeitgeber und eigene Rechnung, Aufrechterhaltung der Geschlossenheit des Familienlebens und der Möglichkeit, Angehörige an der Arbeit zu beteiligen), sind hier offensichtlich gegeben. Hinzu kommt, daß die in Auftrag gegebene Arbeit (Fertigstellung von zugeschnittenen Unterhosen, Sommerhosen, Sommerjacken, Mützen und Betttüchern) offenbar eine so einfache ist, daß vorkommendenfalls die ganze Familie sie fertig zu stellen vermag. Ohne ausschlaggebende Bedeutung ist endlich der Umstand, ob der Hausgewerbtreibende nur für einen oder mehrere Unternehmer und ob er gelegentlich auch für eigene Rechnung arbeitet. Ob nicht vielleicht die historische Entwicklung, welche in H. der hier in Betracht kommende Gewerbszweig genommen hat, für die hier vertretene Auffassung spricht, mag und kann auf sich beruhen bleiben. Es war somit unter Bestätigung des angefochtenen Beschlusses der dagegen eingelegten Beschwerde der Erfolg zu versagen.

D. Zur Unfallversicherung.

Zum Begriff der „Ausstrahlung" inländischer Betriebstätigkeit im Ausland.

Rek.Entsch. des **Reichsversicherungsamtes** vom 26. November 1915 (I a 11 305/13. 9 A.).

Der Kläger erlitt einen Betriebsunfall in einer Fabrik in Zgierz (Russisch-Polen), wohin er als Arbeiter von seiner Arbeitgeberin, einer Fabrik in Baden, zur Behebung einer Betriebsstörung entsandt war. Die Berufsgenossenschaft ging von dem in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts aufgestellten Grundsatze aus, daß eine nur gelegentliche oder geringfügige Ausdehnung der inländischen (im Deutschen Reiche vor sich gehenden) Betriebstätigkeit ins Ausland, die keine selbständige wirtschaftliche Bedeutung hat, von der deutschen Unfallversicherung mit erfaßt wird. Sie vertrat aber den Standpunkt, daß der Begriff der Geringfügigkeit in der neueren Rechtsprechung nicht so scharf gefaßt werde, wie es den Grundgedanken jenes Leitsatzes entspreche, und daß die Grenzen, innerhalb deren noch das Vorliegen einer Ausdehnung „von nicht zu großem Umfange und nicht erheblicher Dauer" angenommen werde, von den rechtsprechenden Instanzen allmählich weiter gezogen würden. Im vorliegenden Falle habe es sich um eine Arbeit gehandelt, die man weder als gelegentlich noch als geringfügig bezeichnen könne, die vielmehr nach landläufiger Auffassung als umfangreichere und als Tätigkeit von erheblicher Dauer gelten müsse.

Berufungs- und Rekursinstanz hingegen nahmen ein versicherungspflichtiges Verhältnis an, letztere aus folgenden G r ü n d e n:

Die Verpflichtung zur Beseitigung von Betriebsstörungen in der Kiesofenanlage der Fabrik in Zgierz hatte die Arbeitgeberin des Klägers beim Verkaufe eines patentierten Verfahrens an die russische Firma übernommen. Die Tätigkeit des Verletzten in Zgierz sollte sich nach Auskunft der Betriebsverwaltung auf einen Zeitraum von etwa 4 Wochen erstrecken, der Verletzte selbst schätzt die Zeit, die unter gewöhnlichen Umständen zur Ausführung seines Auftrags erforderlich gewesen wäre, auf 2 bis 3 Wochen. Wegen einer unvorhergesehenen, auf dem Fehlen von Ersatzteilen beruhenden Verzögerung dauerte seine Beschäftigung in Zgierz in Wirklichkeit bis gegen 6 Wochen. N a c h A n s i c h t d e r B e k l a g t e n, i s t e i n e A r b e i t, d i e s i c h a u f e i n e n Z e i t r a u m v o n 6 W o c h e n e r s t r e c k t, b e r e i t s a l s „u m f a n g r e i c h e" z u b e z e i c h n e n. D a ß s i c h e i n s o a l l g e m e i n g e h a l t e n e r S a t z n i c h t a u f s t e l l e n l ä ß t, b e d a r f k e i n e r E r ö r t e r u n g. Eine bestimmte, für alle Fälle geltende Zeitgrenze läßt sich in der hier fraglichen Beziehung nicht festsetzen. Es muß vielmehr nach Lage des einzelnen Falles, und zwar nicht nur nach den in zeitlicher Beziehung gegebenen Umständen, sondern auch nach den sonst in Betracht kommenden Verhältnissen geprüft werden, ob die im Auslande ausgeführte oder auszuführende Arbeit als eine geringfügige oder umfangreichere anzusehen ist.

Bei dem Auftrag des Klägers handelte es sich lediglich um die Beseitigung einer Betriebsstörung innerhalb desjenigen Teiles der Gesamtanlage der ausländischen Fabrik, an dessen ordnungsmäßigem Gang die Arbeitgeberin des Klägers ein Interesse hatte, und zwar Abstellung von Mängeln an der Kiesofenanlage. Daß dieser Tätigkeit schon die

im ganzen darauf verwendete Zeit das Merkmal einer umfangreicheren Arbeit gibt, kann nicht anerkannt werden. Der Zeitraum von 6 Wochen gilt im geschäftlichen Leben, wenn es sich um Aufträge handelt, deren Ausführung außerhalb vorzunehmen ist, keineswegs schlechthin als längerer Zeitraum. Im vorliegenden Falle wären die Arbeiten zudem unter regelrechten Umständen in noch kürzerer Zeit zu erledigen gewesen. Davon abgesehen vollzogen sie sich aber innerhalb eines sachlich beschränkten Rahmens. Die Beschränkung ergab sich insbesondere hinsichtlich der Art der Tätigkeit, die nur in der Feststellung der Ursache der Störung, der Beseitigung der Mängel durch Einfügung von Ersatzteilen und ähnlichen Maßnahmen, sowie in der Prüfung des ordnungsmäßigen Ganges des neuen Zustandes bestand. Diese Tätigkeit muß auch dann als eine solche von geringem Umfang bezeichnet werden, wenn man die Grenzen für das Merkmal der Geringfügigkeit möglichst eng ziehen will. Da sich die Tätigkeit des Klägers endlich auch nicht in Abhängigkeit von einer im Auslande gelegenen Geschäftsstelle seiner Arbeitgeberin, sondern unter deren unmittelbarer Leitung vollzog, muß eine unselbständige Ausstrahlung von geringem Umfange als vorliegend erachtet werden.

Sie war außerdem nur eine gelegentliche. Dies wird von der Beklagten unter dem Hinweise darauf bestritten, daß die betr. Arbeitgeberin infolge ihrer vielfach ins Ausland übergreifenden Geschäftsbeziehungen häufig Angestellte nach dort entsendet und die ständige Wiederholung diesen Entsendungen etwas planmäßiges verleihe. Gleichwohl kann im vorliegenden Falle die im Auslande ausgeführte Tätigkeit nicht anders als eine gelegentliche Ausstrahlung aufgefaßt werden. Soweit es sich um die Beseitigung von Betriebsstörungen handelt, die stets auf einem besonderen Anlasse beruhen, wird man schwerlich von einem regelmäßigen Vorkommen sprechen können. Solche Fälle bleiben auch dann, wenn man mit ihrem Vorkommen in gewissem Umfange rechnen muß, außergewöhnliche. Von dem Merkmal der Gelegentlichkeit gilt daher in Anwendung auf den vorliegenden Fall dasselbe, wie von dem oben erörterten Begriff der Geringfügigkeit: d. h. auch wenn man hier die Grenzen möglichst eng ziehen wollte, bliebe doch der zur Entscheidung stehende Fall zweifellos noch innerhalb dieser Grenzen.

Dieser Fall bietet daher auch keinen Anlaß, auf die Erörterungen einzugehen, in denen die Beklagte die Entwicklung der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts bezüglich der Auslegung und Anwendung der oben erwähnten Grundsätze als eine über den Willen des Gesetzgebers hinausgehende bezeichnet und eine grundsätzliche Stellungnahme des Reichsversicherungsamts zu diesen Fragen als wünschenswert erachtet.

Die vom Kläger in Zgierz ausgeführte Tätigkeit ist hiernach in Uebereinstimmung mit der Vorinstanz als bei der Beklagten versichert anzusehen.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers betreffend Ausführung des § 8 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Vom 4. Mai 1916 (RGBl. S. 364).

Auf Grund des § 8 des Versicherungsgesetzes für Angestellte (RGBl. 1911 S. 989) hat der Bundesrat bestimmt:

Die Bekanntmachung, betreffend die Ausführung des § 8 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, vom 9. Juli 1913 (RGBl. S. 571) erhält folgenden Zusatz:

3. Dienstleistungen von Angestellten, die bei Stellenlosigkeit in gemeinnützigen Schreibstuben oder in Verpflegungsstationen oder ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten während eines verhältnismäßig geringen Zeitraums des Kalenderjahres beschäftigt werden, auch wenn eine Geldentschädigung gewährt wird.

Bekanntmachung des Reichskanzlers betreffend Erstattung von Beiträgen zur Angestelltenversicherung an berufsunfähige Kriegsteilnehmer.

Vom 26. Mai 1916 (RGBl. S. 425.)

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. Aug. 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1.

Den bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte Versicherten, die im gegenwärtigen Kriege dem Deutschen Reiche oder einem mit ihm verbündeten oder befreundeten Staate Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben und infolge ihrer Teilnahme am Kriege dauernd berufsunfähig (§ 25 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) geworden sind oder werden, ist auf ihren Antrag die Hälfte der für sie an die

Reichsversicherungsanstalt für Angestellte entrichteten Pflichtbeiträge zu erstatten. Bei freiwilliger Versicherung werden drei Viertel der eingezahlten Beiträge erstattet.

§ 2.

Der Anspruch auf Beitragserstattung verfällt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Berufsunfähigkeit geltend gemacht wird. Die Frist beginnt jedoch nicht vor Schluß desjenigen Kalenderjahrs zu laufen, in welchem der Krieg beendet ist.

§ 3.

Für das Verfahren gelten die §§ 229 ff. des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Die Instanzen der Angestelltenversicherung sind an die Entscheidungen der obersten Militärbehörde des Kontingents darüber gebunden, ob eine Gesundheitsstörung als eine Dienstbeschädigung und die Dienstbeschädigung als durch den Krieg herbeigeführt anzusehen ist.

§ 4.

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(Angestelltenversicherung" 1916 S. 66 ff.)

Nr. 93. Ein Stuhlmeister, der in einer Tuchfabrik unter einem Webmeister einen Websaal mit 30 Stühlen und 30 Webern leitet und beaufsichtigt, sowie für die Inbetriebhaltung der Stühle zu sorgen hat, außerdem beim Ingangsetzen der Stühle mitzuwirken, auch kleinere Reparaturen auszuführen hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 94. Ein bei einer Versicherungsgesellschaft gegen eine monatliche, garantierte Mindestprovision beschäftigter Inspektor ist nicht Handlungsagent, sondern Handlungsgehilfe und deshalb nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 95. Die Ehefrau eines Postverwalters, die ihrem Ehemann von der vorgesetzten Behörde gegen die übliche Vergütung als Gehilfin bestellt ist und auf ihren Dienst, ohne an bestimmte Dienststunden gebunden zu sein, neben der Führung ihres Haushalts durchschnittlich täglich etwa 5 Stunden verwendet, ist als Postgehilfin nicht im „Hauptberuf" beschäftigt und deshalb nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig.

Nr. 96. Zur Entscheidung darüber, ob eine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge im Falle des § 11 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gewährleistet ist, sind die im § 9 Abs. 3 a. a. O. bezeichneten Stellen zuständig. Ihre Entscheidung ist für die Instanzen der Angestelltenversicherung (§ 12 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) bindend.

Nr. 97. Portiers einer Brauerei, welche die ein- und ausgehenden Personen und Fuhrwerke zu überwachen und über die Ladung der aus- und eingehenden Fuhrwerke, sowie über die nach Bureauschluß eingehenden telephonischen Bestellungen Aufzeichnungen zu machen haben, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 98. Ein Rittergutsbesitzer, der als Amtsanwalt tätig ist und aus dem Rittergut etwa 6000 M., aus der Amtsanwaltschaft etwa 950 Mark jährlich bezieht, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, selbst wenn er auf die Geschäfte der Anwaltschaft mehr Zeit verwendet als auf die Verwaltung des Ritterguts.

Nr. 99. Die Direktrice in einem Damenkleideratelier, die selbständig Muster zu entwerfen, den Kunden Maß zu nehmen, die bestellten Kleider zuzuschneiden und die ihr unterstellten Arbeiterinnen bei ihren Arbeiten anzuleiten und zu überwachen hat, auch für die sachgemäße Herstellung der Kleider der Firma gegenüber verantwortlich ist, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn sie bei den Abänderungs- und Näharbeiten selbst mit Hand anzulegen hat.

Nr. 100. Der Einkassierer eines Arbeiterverbandes, der in der Hauptsache Mitgliederbeiträge einzieht, daneben aber durch Werbetätigkeit dem Verbande neue Mitglieder zuführt und dabei die Aufnahmeerklärungen selbst vollzieht, in Distriktsversammlungen den Vorsitz führt und dort Vorträge über Verbandsfragen hält, auch die Mitgliederbeiträge bis zu 8 Wochen selbständig stunden darf, ist als Angestellter in gehobener Stellung nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Sprechsaal.

Notwendigkeit der Kapitalabfindung der Kriegswitwen bei Wiederverheiratung.

Nach dem dem Reichstag vorliegenden Gesetzentwurf, betreffend die Kapitalabfindung der Kriegsversorgungsberechtigten (Arb.Vers. 1916, Heft 12 S. 283), können Personen, die aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges auf Grund des Mannschaftsversorgungsgesetzes und des Militärhinterbliebenengesetzes Anspruch auf Kriegsversorgung haben, auf ihren Antrag zum Erwerbe oder zur Festigung eigenen Grundbesitzes durch Zahlung eines Kapitals abgefunden werden. Die Höhe der Abfindung bewegt sich — unter Berücksichtigung des Lebensalters — zwischen dem 7½- und dem 16-fachen Jahresbetrage der abfindungsfähigen Bezüge. Der Entwurf, dessen wohlbeachteter Zweck darauf gerichtet ist, den Kriegsteilnehmern und ihren Witwen die Möglichkeit zu geben, mit Hilfe eines kleinen Kapitals sich auf eigener Scholle ansässig zu machen oder vorhandenes Besitztum zu erhalten, hat im Reichstage bei allen Parteien wohlwollende Aufnahme gefunden. Bei den Beratungen im Hauptausschusse des Reichstages aber ist von Rednern aller Parteien zugleich der Antrag gestellt worden, die Abfindungsmöglichkeiten tunlichst zu vergrößern.

Am allerwichtigsten erscheint es, daß in einem Ergänzungsgesetz zum Militärhinterbliebenengesetz vom 17. Mai 1907 eine Bestimmung dahin getroffen wird, daß eine versorgungsberechtigte Witwe, falls sie sich wiederverheiratet, eine Kapitalabfindung erhält. Es läßt sich einstweilen auch nicht annähernd sagen, wie groß die Zahl der Kriegswitwen beim Friedensschlusse sein wird. Soviel steht aber jetzt schon fest, daß es sich um ganz gewaltige Zahlen handeln und daß die Belastung des Reichs an Witwengeld sich auf viele Millionen jährlich belaufen wird. Und da die Kriegswitwen durchweg verhältnismäßig jung sind — wieviele haben nicht erst bei Ausbruch des Krieges geheiratet! —, so wird man auch damit zu rechnen haben, daß sie ihre Pension sehr viel länger beziehen werden als andere Witwen.

Daß sich die Zahl der Witwen — und damit die Rentenbelastung des Reichs — durch Wiederverheiratung rasch vermindern werde, ist eine trügerische Hoffnung, so lange mit der Wiederverheiratung zugleich das Recht auf den Bezug des Witwengeldes erlischt (§ 30 des Militärhinterbliebenengesetzes). Wer das Leben kennt, wird zugeben, daß nur verhältnismäßig sehr wenige Witwen das zweifelhafte Glück einer neuen Ehe sich mit der Aufgabe einer sicheren, lebenslänglichen, vom Reiche gewährleisteten Pension werden erkaufen wollen, die als Grundlage ihrer Wirtschaftsführung ihnen eine ungleich bessere Lebenshaltung gestattet, als sie Frauen ihres Standes und ihrer Umgebung sonst möglich ist. Die überwiegende Mehrzahl der Witwen wird daher, auch wenn sich ihnen die Möglichkeit der Wiederverheiratung bietet — und diese Möglichkeit wird nach dem Kriege sehr viel geringer sein, als sie früher war — es vorziehen, im Witwenstande zu verharren. Was aber ist dann die Folge? Bleibt die Frau ehrbar und ergreift sie einen Beruf, dann erschwert sie nicht nur durch ihren Wettbewerb den heimkehrenden Männnern die Begründung einer neuen Existenz, sie schädigt vor allem durch ihre freiwillige Ehelosigkeit das Volksganze: sie fördert den Rückgang der Bevölkerungsziffer, sie schwächt in weiterer Folge der Wehrkraft der Nation. Sucht aber die Witwe sich über den Verlust des ersten Gatten dadurch zu trösten, daß sie früher oder später eine „wilde Ehe" eingeht, dann wird (abgesehen von der Erschütterung der Volksmoral) in höchst unerwünschter Weise die Zahl der armen unehelichen Kinder vermehrt, die entweder überhaupt verkommen oder, wenn sie am Leben bleiben, zum guten Teile für die menschliche Gesellschaft verloren gehen; der Anteil der Unehelichen an den Insassen der Zuchthäuser und Gefängnisse ist erfahrungsgemäß unverhältnismäßig groß.

Es ist also aus sittlichen, volkswirtschaftlichen, völkischen und finanziellen Gründen durchaus unerwünscht, daß die große Zahl der Kriegswitwen unverheiratet bleibt. Deshalb muß man den Frauen den Entschluß, eine neue Ehe einzugehen, auf alle Weise erleichtern, und das geschieht am einfachsten und billigsten dadurch, daß man ihnen den Verzicht auf die Pension dadurch annehmbar macht, daß man ihnen für den Fall der Wiederverheiratung eine Kapitalabfindung gewährt. Daß hierdurch, auch wenn die Abfindungssumme nur auf den zwei- oder dreifachen Jahresbetrag der Pension bemessen wird, die Heiratsaussichten der Witwen sich wesentlich erhöhen, liegt auf der Hand.

Ein großer Teil der preußischen Knappschaftsvereine (auch der Niederschlesische) hat die Kapitalabfindung bei Wiederverheiratung längst eingeführt und damit die besten Erfahrungen gemacht. Die Reichsversicherungsordnung trifft dieselbe Bestimmung für die Witwen der zu Tode Verunglückten (§ 589). Daß die Beamtenpensionsgesetze die Kapitalabfindung einstweilen nicht kennen, darf den Gesetzgeber nicht bestimmen, sie den Kriegswitwen zu versagen; außergewöhnliche Zeiten erfordern außergewöhnliche Mittel.

Uebrigens ist nach Zeitungsnachrichten in dem Hauptausschusse des Reichstages inzwischen ein Antrag der Deutschen Fraktion, den Kriegswitwen bei Wiederverheiratung den dreifachen Betrag ihrer Jahresrente als Abfindung zu gewähren, einstimmig angenommen worden.

Verwaltungsdirektor Schwerk in Waldenburg.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Staatliche Anerkennung der Verdienste eines Krankenkassenleiters.

Das sächsische Ministerium des Innern hat dem Landtagsabgeordneten Fräßdorf, der nach 21jähriger erfolgreicher Wirksamkeit von seinem Amte als Vorsitzender der Ortskrankenkasse Dresden schied, eine künstlerische Anerkennungsurkunde überreichen lassen, in der es heißt: „Der Vorsitzende der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Dresden, Herr Karl Julius Fräßdorf, hat bei den vom Ministerium des Innern während des Krieges zur Verhütung eines Notstandes und zur Hebung der allgemeinen Wohlfahrt getroffenen Maßnahmen insbesondere bei den Arbeiten des Landesausschusses für Kriegshilfe, mit großem Eifer und bewährter Sachkenntnis dem öffentlichen Wohle wertvolle Dienste geleistet und dadurch beigetragen, der Bevölkerung ihre opferwillige und zuversichtliche Stimmung zu bewahren. Nicht minder würdigt das Ministerium des Innern die segensreiche Tätigkeit, welche die bisher von ihm geleitete Dresdner Allgemeine Ortskrankenkasse sowie die übrigen dem Verbande sächsischer Ortskrankenkassen angeschlossenen Kassen während des Krieges entfaltet haben, und es nimmt deshalb gern Veranlassung, Herrn Fräßdorf für seine gemeinnützige Wirksamkeit seine dankbare Anerkennung auszusprechen."

Auch das Versicherungsamt der Stadt Dresden und der Vorstand der Ortskrankenkasse haben Herrn Fräßdorf den herzlichsten Dank für die von ihm der Kasse geleisteten wertvollen Dienste ausgesprochen und dabei gleichzeitig dem Wunsche Ausdruck verliehen, daß es ihm noch lange vergönnt sein möge, seine Arbeitskraft und seine Erfahrung auf dem Gebiete der sozialen Gesetzgebung zu betätigen. —

Das sind „Orden", die auch Herr Fräßdorf annehmen und sich gefallen lassen kann. Die rückhaltslose Anerkennung einer tüchtigen und selbstlosen Lebensleistung, ohne Ansehen der Parteizugehörigkeit, ehrt aber auch diejenigen, von denen sie ausgeht. Hoffentlich bleibt sie nicht eine vereinzelte Erscheinung im Zeichen des Burgfriedens, sondern vorbildlich auch für die Zukunft und für andere Gebiete des Reichs.

Haftung des Reiches für zuviel gezahlte Wochenhilfe.

Durch das Versehen eines Standesbeamten war bei Ausstellung einer Geburtsurkunde, die für die Antragstellung auf Gewährung der Wochenhilfe benötigt wurde, als Geburtstag des Kindes der 27. Dezember 1914 statt des 27. September angegeben worden. Die Antragstellerin erhielt auf Grund dieser Urkunde an Wöchnerinnenunterstützung zusammen 109 M., während sie nur ein Stillgeld im Gesamtbetrage von 8,50 M. zu beanspruchen gehabt hätte. Der Irrtum wurde erst nach erfolgter Zahlung entdeckt. Da die Empfängerin zur Rückerstattung des Betrages nicht imstande war, machte der Allgemeine Knappschaftsverein zu Bochum, der als Beauftragter des Reiches die Zahlung geleistet hatte, die Ersatzpflicht des Reiches geltend und beanspruchte die Anweisung des zuviel gezahlten Betrages vom Versicherungsamt. Dieses wies 8,50 M. zur Erstattung an, lehnte aber den zuviel gezahlten Betrag von 100,50 M. ab mit der Begründung, daß das Reich die Ausgaben für die Wochenhilfe trage, während für die durch das Versehen des stellvertretenden Standesbeamten verursachte Ueberzahlung der Staat haftbar sei. Der Ersatzanspruch sei daher bei der Aufsichtsbehörde über das Standesamt geltend zu machen. Der Regierungspräsident in Münster lehnte den Ersatzanspruch ab, weil er eine Verpflichtung des Staates nicht anerkennen könne, da der Beamte zur Zeit der Ausstellung der Geburtsurkunde stark überlastet gewesen sei und ihn ein vertretbares Verschulden nicht treffe. Nachdem auch das Versicherungsamt der Stadt Bochum die Erstattung abgelehnt hatte, legte der Knappschaftsverein Beschwerde ein. Dieser wurde seitens des Kgl. Knappschafts-Oberversicherungsamts stattgegeben; die Entscheidung des Versicherungsamts Bochum ist aufgehoben und der zuviel gezahlte Betrag zur Erstattung angewiesen worden. In den Entscheidungsgründen wurde ausgeführt, daß den Verein für die Ueberzahlung keine Schuld treffe, da die Zahlung ordnungsmäßig und nach sorgfältiger Prüfung erfolgt war. Für das Versehen des Standesbeamten hafte der Verein nicht, da die Angaben der Geburtsurkunde nicht als unrichtig zu erkennen gewesen waren. Da der Verein als Beauftragter des Reiches gehandelt habe, stehe ihm ein rechtsgültiger Anspruch gegen das Reich auf Erstattung des ordnungsmäßig zuviel gezahlten Betrages zu.

(„Kompaß".)

Höhe der Vergütung für ärztliche Bemühungen in der Kriegswochenhilfe.

Auf eine Anfrage des Brandenburgischen Landkrankenkassenverbandes haben sich, wie wir der „Betriebskrankenkasse" (Nr. 9 S. 102) entnehmen, die preußischen Minister für Handel und Gewerbe und des Innern in einem Bescheide vom 13. März 1916 dahin geäußert, daß die zwischen Krankenkassen und Aerzten getroffenen Honorarabmachungen auch auf die Tätigkeit der Aerzte für Kassen im Bereiche der Reichswochenhilfe zu beziehen sind, und ferner, daß in diesem Bereiche den Ehefrauen, welche statt freier Behandlung die baren Beihilfen erhalten (§ 4 der Bek. v. 3. Dezember 1914), nur die niedrigsten Sätze der preußischen Gebührenordnung für Aerzte berechnet werden dürfen. Die Kassen seien nur Beauftragte des Reichs; die Zahlung geschehe daher aus Staatsfonds.

In diesem letzten Punkte steht der Bescheid im Einklang mit der von uns im Heft 7 S. 165 — bei Besprechung der Joachim-Korn'schen Ausgabe der Geb.Ordg. — geäußerten Auffassung.

Die Arbeiterpensionskasse der Württembergischen Verkehrsanstalten

kann, wie die reichsgesetzliche Invaliden- und Altersversicherung, heuer auf die ersten 25 Jahre ihres Bestehens zurückblicken. Zwar erstreckt sich die württembergische Arbeiterpensionskasse, im Gegensatz zu fast allen anderen deutschen Arbeiterpensionskassen, nicht auf die Durchführung der reichsgesetzlichen Invalidenversicherung, sie hat also auch nicht die Aufgaben der württembergischen Landesversicherungsanstalt zu erfüllen, sondern ist

eine freiwillige Wohlfahrtseinrichtung der württembergischen Verkehrsanstalten: eine „Zuschußkasse zur Invaliden- und Altersversicherung", für die im unmittelbaren Dienst der Verkehrsanstalten ständig Beschäftigten und nach dem Reichsversicherungsgesetz versicherten Personen. Die württembergische „Zuschußkasse" hatte daher von Anfang an die gleiche Bestimmung, wie die Abteilung B der übrigen deutschen Arbeiterpensionskassen. Sie trat am 1. Januar 1891 mit dem Sitz in Stuttgart ins Leben. Merkwürdig aber ist, daß gerade in Württemberg der Wunsch nach einer eigenen „Arbeiterpensionskasse" schon im Jahre 1874, also lange vor Einführung der reichsgesetzlichen Invaliden- und Altersversicherung, von den Arbeitern der Eisenbahnwerkstätte Eßlingen am Neckar gewünscht wurde, zum Zweck der Gewährung „jährlich fortlaufender Unterstützungen der Arbeiter bei dauernder Erwerbsunfähigkeit". Der Verwirklichung des Planes standen aber immer wieder unglückliche Umstände und Hindernisse im Wege; zuletzt hatte auch die Einführung der Invaliden- und Altersversicherung selbst den Gedanken an die Gründung einer Arbeiter-Pensionskasse zunächst aufgeschoben, nachdem die Verkehrsanstalten-Verwaltung der Landesversicherungsanstalt Württemberg beizutreten beschlossen hatte. Erst im Jahre 1914 hat die Frage der Umwandlung der „Zuschußkasse" in eine Arbeiterpensionskasse, also die Uebernahme der Abt. A „Die reichsgesetzliche Invaliden- und Altersversicherung" den Gegenstand mehr oder weniger eingehender Verhandlungen im württembergischen Landtag gebildet, und wurde der an und für sich gewiß gute Gedanke durch der Parteien Gunst und Mißgunst „totgesprochen"; die Mitglieder aber waren, wie die Stuttgarter Tagespresse neulich von jenen Verhandlungen bemerkte, die Leidtragenden. Die Kasse ist also eine Zuschußkasse geblieben, wenngleich sie ein Jahr zuvor (1913) ihren Namen in „Arbeiterpensionskasse" geändert hatte.

Die Kassenleitung hat zum heurigen Jubiläum ihrem Jahresbericht eine interessante Denkschrift über die Entwicklung und das Wirken der Kasse angefügt. Aus den Uebersichten und Tabellen lassen sich belehrende Erfahrungen und Schlüsse ziehen zur Nutzanwendung für andere Kassen. Die Kasse, welche mit 3457 Mitgliedern ins Leben trat, zählt heute deren 13 351; die Einnahmen von 87 620 M. sind auf 917 130 M. und die Ausgaben von 1065 M. auf 330 147 M. gestiegen. Das Vermögen der Kasse ist seit ihrer Gründung von 86 556 M. auf 6 478 452 M. angewachsen, und in besten Papieren (darunter 533 900 M. Reichsanleihen) angelegt. Der Vermögensanteil, auf ein Kassenmitglied berechnet, hat sich von 36 M. auf 500 M. erhöht. — Die Mindestrenten sind in der niedrigsten Lohnklasse von 30 M. auf 75 M. und in der 7. Lohnklasse von 162,20 auf 255 M. gestiegen. Die Höchstrenten in der niedrigsten Lohnklasse von 80,40 auf 250,20 M. und die in der 7. Lohnklasse von 640,20 auf 850,20 M., bzw. für die 1913 eingeführte 8. Lohnklasse von 300 M. auf 1000,20 Mark. Im gleichen Verhältnis stiegen auch die Witwen- und Waisenrenten. Bei einer Beitragsleistung von zuerst 2,9 % des durchschnittlichen Jahreseinkommens beliefen sich die von den beiden Arbeitgebern (Bahn- und Postverwaltung) und den Mitgliedern zu gleichen Teilen einbezahlten Beiträge im Jahre 1891 auf 81 100 M. und im Jahre 1915 bei (seit 1911) 3,2 % Beitragsleistung auf rund 478 000 M. Haben die beiden württembergischen Verkehrsanstalten (Bahn und Post) allein schon die Hälfte der laufenden Jahresbeiträge übernommen, so gewährten sie außerdem noch einen laufenden Staatszuschuß, der im letzten Jahr 186 300 M. für „die Arbeiterpensionskasse" und 36 000 M. für deren „Unterstützungsfonds" für besondere Fälle von Bedürftigkeit betrug. Diese Aufwendungen zeugen für den sozialen Sinn der württembergischen Eisenbahn- und Postverwaltung, zumal wenn man bedenkt, daß sie als Arbeitgeberin zu den reichsgesetzlichen Versicherungseinrichtungen an die Versicherungsanstalt Württemberg allein schon 528 000 M. Pflichtbeiträge zu entrichten hat. — Durch diese tatkräftige Unterstützung waren auch die Leistungen der Kasse möglich, mit denen die württembergische Arbeiterpensionskasse unter den gleichen sozialen Einrichtungen anderer Verwaltungen in erster Reihe steht. Ein Hauptverdienst an der Blüte der Kasse gebührt auch dem tätigen und verständnisvollen Wirken ihres Vorsitzenden, des auf dem Gebiete der Sozialversicherung bewanderten Eisenbahnbetriebsinspektors Banzhaf in Stuttgart.

Staatssekretär Dr. Delbrück

ist aus Gesundheitsrücksichten von seinem vielgestaltigen, an Bürden überreichen Amt als Staatssekretär des Innern zurückgetreten. Unter dem Hinweis, daß mit seinem Namen die Reichsversicherungsordnung für immer verknüpft sei, erinnert die „Vossische Zeitung" an ein Wort, das den Sozialpolitiker Delbrück kennzeichne. Als Handelsminister sei er vor neun Jahren der scharfen Betonung des „Herrenstandpunktes" entgegengetreten durch die Mahnung: „Wir wollen nicht Herren sein, sondern wir wollen der erste Arbeiter unserer Betriebe, die Kameraden unserer Arbeiter sein, und wir wollen unsern Arbeitern gegenüber nicht den Herrenstandpunkt vertreten, sondern wir wollen das Maß von Kommandogewalt haben, das der höhere Offizier über den niederen Offizier, der Leutnant über seine Soldaten hat und haben muß, wenn nicht der Betrieb in Scherben gehen soll."

Betrug eines Zahntechnikers zum Nachteil einer Krankenkasse

hat dem Schuldigen die Verurteilung zu 50 M. Geldstrafe oder 10 Tagen Gefängnis durch Urteil eines ostpreußischen Schöffengerichts eingetragen. Ein weiteres Strafverfahren schwebt noch. Nach dem uns zugegangenen Berichte soll der Zahntechniker in einem Falle Silberplomben in Rechnung gestellt haben, während er nur Kupferplomben gefertigt hatte. Durch Stichproben bei einer Anzahl anderer Versicherten habe sich dann herausgestellt, daß er mehrfach Leistungen, die er garnicht ausgeführt hatte, der Kasse in Rechnung gestellt habe, ferner daß er in vielen Fällen seine Arbeiten zum Nachteile der Kassen ganz unsachgemäß ausgeführt, beispielsweise Plomben ohne die erforderliche Bohrung eingelegt habe, so daß sie nach kurzer Zeit wieder herausfielen. — Es ist notwendig, durch die Bekanntgabe dieses Falles, der hoffentlich nur einen seltenen Ausnahmefall bildet, die Aufmerksamkeit aller Beteiligten zu schärfen.

Literarisches.

Krieg und Volksvermehrung, Sonderheft der Wochenschrift „Das neue Deutschland", Nr. 17/22 Jahrgang 1916, herausgegeben von Dr. Adolf Grabowsky, Berlin, Verlag der „Politik" Verlagsanstalt und Buchdruckerei. Preis 1 Mk.

Dieses Heft, das von der Schriftleitung der Wochenschrift in Gemeinschaft mit der „Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungspolitik" veranstaltet ist, enthält folgende Aufsätze namhafter Sozialpolitiker, Ärzte und sonstiger zur Behandlung des schwerwiegenden Problems berufener Fachmänner: Geh. Regierungsrat Prof. Dr. Julius Wolf, Ziel und Wege der Bevölkerungspolitik; Adolf Grabowsky, Die Bevölkerungsvermehrung und das Sexualproblem; Prof Dr. Arthur Schloßmann, Neue Grundlagen der Bevölkerungspolitik; Prof. Dr. Karl Oldenberg, Die slawische Gefahr; Dr. Oskar Wingen, Die Beeinflussung des Fortpflanzungswillens durch den Krieg; Prof. Dr. Erich Opitz, Der weibliche Bevölkerungsüberschuß nach dem Kriege; Dr. Alice Salomon, Die Erwerbsarbeit der Frau und die Mutterschaft; Medizinalrat Dr. J. Grassl, Stillzwang; Geh. Rat Prof. Dr. Albert Neißer, Geschlechtskrankheiten und Bevölkerungspolitik; Prof. Dr. Chr. J. Klumker, Jugendfürsorge und Bevölkerungspolitik; Stadtrat Rosenstock, Das uneheliche Kind und die Bevölkerungspolitik; Dr. W. Schallmayer, Beamtentum und Volksvermehrung; Geh. Rat Prof. Dr. Pierstorff, Erziehungsgelder als Mittel der Bevölkerungspolitik; Prof. Dr. August Skalweit, Innere Kolonisation und Volksvermehrung; Dr. Paul Leutwein, Volkskraft und koloniale Siedelung; Pfarrer a. D. J. Leute, Katholische Seelsorge und Bevölkerungspolitik.

In dieser Sammlung von durchweg fesselnd geschriebenen, lehrreichen und anregenden Aufsätzen hat man eine Beleuchtung der uns alle bewegenden Frage von den verschiedensten Gesichtspunkten aus — ein Lesestoff, der jeden politisch und sozial Interessierten angelegentlich zu empfehlen ist.

Beiträge zur Frage der Ausrüstung armverletzter Kriegsbeschädigter fürs Erwerbsleben. Berlin 1916 bei Leonhard Simion Nf.. Preis 3,50 M.

Ein ausgezeichnet ausgestatteter Sonderabdruck aus den Verhandlungen des Vereins zur Beförderung des Gewerbfleißes (Jahrg. 1916) mit 89 Abbildungen liegt hier vor, die in Verbindung mit dem Text vortrefflich veranschaulichen, zu welch erstaunlichen Erfolgen die seit Jahrzehnten fortgesetzten Bemühungen von Fachärzten, Bandagisten und Ingenieuren, den Arm- oder Handverletzten durch kunstvoll gestaltete Ersatzstücke zu Hilfe zu kommen, geführt haben. Das Ziel ist: solche Ersatzformen zu finden, die den Verletzten nicht nur die Verrichtung der einfacheren Lebensbetätigungen, wie Essen, Trinken, Schreiben usw., sondern auch Kraftbetätigung und lohnbringende Arbeit im Erwerbsleben zu ermöglichen und zugleich das Ersatzstück als solches möglichst wenig in die Erscheinung treten zu lassen. Die Abbildungen zeigen uns die Verletzten bei den verschiedenen Verrichtungen mit dem ihrem Beruf oder ihren sonstigen Aufgaben angepaßten Gliederersatz, und der Text erläutert die Erlernung ihres Gebrauchs und die Art der Anwendung im praktischen Leben.

Voraussetzungen der Kriegswochenhilfe. Von Versicherungsamtmann Dr. Großmann. Weimar 1916 bei Dietsch & Brückner. Preis 1 Mk.

Ein kleines Heftchen, das von den im Anhange vollständig abgedruckten drei Verordnungen über die Kriegswochenhilfe die Voraussetzungen des Anspruchs auf diese Leistungen heraushebt und in gedrängter, klarer Darstellung auf Grund der Literatur, der Rechtsprechung und Verwaltungsübung erläutert. Ein sorgfältig gestaltetes Sachregister erhöht die Brauchbarkeit des Heftchens für Behörden, Krankenkassen, Auskunftsstellen und sonstige Interessenten.

Hand- und Finger-Turnen. Verlag von Carl Malcomes in Heppenheim a. d. B. Preis 90 Pf.

Das kleine, dünne Heft beschreibt und erläutert bildlich gewisse Uebungen als praktische Selbsthilfe zur Beseitigung des Schreibkrampfes, Zitterns, der Unsicherheit beim Schreiben, ungenügender Fingerfertigkeit der Musiker, von Lähmungserscheinungen und Steifheiten der Finger und Hände sowie zur Wiedererlangung und Erhaltung einer sicheren Handschrift. Ein einleitendes Vorwort von Dr. Schmitt in Bad-Jugenheim empfiehlt diese Anleitung vom ärztlichen Standpunkt.

Die Bedeutung der Zuschußkassen für die wirtschaftliche Lage der deutschen gewerblichen industriellen Arbeiterschaft. Doktor-Dissertation von Ingenieur Willy Demuth. Gedruckt bei Gottfr. Pätz, Naumburg a. S.

Nach einer Einleitung über die soziale Stellung der Arbeiterschaft, wird zunächst von den Zuschußkassen im allgemeinen, ihren Vorbedingungen und rechtlichen Grundlagen gehandelt; dann werden die besonderen Verhältnisse in den beiden Betrieben der Carl Zeiß-Stiftung zu Jena und ihren Zuschußkassen dargelegt. Daran schließen sich zusammenfassende und kritische Bemerkungen und einige Schlußbemerkungen. Die Abhandlung bringt viel interessantes Material, namentlich hinsichtlich der in industrieller und sozialer Beziehung vielfach vorbildlichen Zeiß-Betriebe bei.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Keine Umwandlung der aus § 530 RVO. verhängten Geldstrafen in Freiheitsstrafen.

1. S. H. 500. Antwort: Eine Strafverfügung aus § 530 RVO. kann nur durch das Versicherungsamt erfolgen. Sie darf auch nur auf Geldstrafe lauten und ihre Umwandlung in Haft bei Uneintreibbarkeit ist ausgeschlossen, § 28 Str.G.B. gilt nur für die von Gerichten verhängten Geldstrafen. (Vgl. Hahn, Handb. d. Kr.-Vers. Anm. 5a zu § 530.)

Grundsätzliche Weigerung eines Arztes, Kassenmitglieder zu behandeln.

2. Nach B. Frage: Das Oberversicherungsamt hat unsere Kasse ermächtigt, gemäß § 370 RVO. statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung von $^2/_3$ des Krankengeldes zu gewähren. Der in fragliche Orte kommende Arzt, welcher die Mitglieder als Privatpatienten behandeln soll, fragt nun diese, wenn er gerufen wird, darüber aus, ob sie der Krankenkasse angehören, und wenn dieses zutrifft, lehnt er die Behandlung ab, die Kranken ihrem Schicksal überlassend. Wir fragen deshalb an, ob unsere Kasse oder die Mitglieder gegen den Arzt etwas unternehmen können, damit dieser die Behandlung der Mitglieder als Privatpatienten übernimmt. Kann der Arzt nach bestehendem Recht die Behandlung schlankweg ablehnen?

Antwort: Im allgemeinen können die Aerzte nicht gezwungen werden, irgendwem, insbesondere den Versicherten, ärztliche Hilfe zu leisten (§ 144 Abs. 2 Gew.Ordg.). Nur „bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not" können sie von der Polizeibehörde auf Grund des § 360 Ziff. 10 Str.G.B. zur Hilfeleistung aufgefordert und im Falle grundloser Weigerung bestraft werden. Wo ärztliche Ehrengerichtshöfe bestehen, werden sie auch disziplinarisch einschreiten, wenn ein Arzt in Fällen dringender Gefahr seine Hilfe versagt. Jedenfalls empfehlen wir, das Verhalten des Arztes zur Kenntnis des Ehrengerichtshofs zu bringen.

Wegfall der Voraussetzung freiwilliger Kassenmitgliedschaft.

3. Nach Thorn. Antwort: Unsere Auskunft (Heft 14 S .334 Ziff. 4), wonach die Versicherungsberechtigung mit dem Wegfall ihrer Voraussetzungen erlischt, ist nur auf die gesetzlichen Voraussetzungen zu beziehen. Wenn die Satzung das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen kann (§ 176 Abs. 3 RVO.), so hat das offenbar nur die Bedeutung, daß die Kasse die Aufnahme älterer Personen ablehnen, nicht aber die Beigetretenen wegen späterer Ueberschreitung der Altersgrenze ausschließen darf. Bei der Weiterversicherung nach § 313 kommt der Wegfall der Voraussetzung als Grund des Erlöschens überhaupt nicht in Frage; denn die einzige Voraussetzung, nämlich eine vorgängige Pflichtmitgliedschaft von bestimmter Dauer, kann, wenn sie überhaupt gegeben war, nicht nachträglich wegfallen. Die Weiterversicherung kann insbesondere nicht von einer Altersgrenze abhängig gemacht werden.

Versicherungsfreie Gelegenheitsarbeit von Soldaten.

4. Nach Ahrweiler. Frage: Wir haben hier militärische Bahnwachen. Die Mannschaften arbeiten, wenn Sie keinen Dienst haben, bei anderen Leuten. Die Wachen werden Mittags gewechselt und haben bis zum andern Tage Mittags keinen Dienst. Sie gehen des Nachmittags und des freien Vormittags bei anderen Leuten arbeiten, sind also jeden Tag zur Hälfte als Soldaten und zur Hälfte als Arbeiter bei andern Leuten beschäftigt. Sind sie krankenversicherungspflichtig?

Antwort: Als Soldaten müssen die in Frage stehenden Personen jederzeit zur Verfügung der Militärbehörde stehen. Sie können sich daher für Privatarbeiten nicht über den einzelnen freien halben Tag hinaus im voraus verpflichten. Es handelt sich um Arbeiten, die sie während ihrer durch die Einziehung zum Militärdienst begründeten Arbeitslosigkeit nur gelegentlich und vorübergehend verrichten. Auf Grund der Bekanntmachung v. 17. November 1913 (Arb.Vers. 1913 S. 848) Ziff. I 2 sind sie daher für versicherungsfrei zu erachten.

a) Krankenversicherung bei vorübergehendem Uebertritt in einen anderen Betrieb. b) Verfahren bei wiederholter Beschlußunfähigkeit des Ausschusses.

5. Nach Eupen. Frage: a) Ein in der Textilindustrie beschäftigter Arbeiter erhält von seinem Arbeitgeber mangels genügender Aufträge für einige Zeit sogen. „Rast", übernimmt vorübergehend aushilfsweise Beschäftigung in einer Kaffeerösterei und erleidet hierbei nach einigen Tagen einen Unfall. Der Verletzte ist vom ersten Arbeitgeber, weil das Arbeitsverhältnis nicht gelöst war, bei der Krankenkasse nicht abgemeldet und vom zweiten aus demselben Grunde zur Kasse nicht angemeldet worden. Liegt ein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall vor? Welche Berufsgenossenschaft muß für die Unfallentschädigung aufkommen? Trifft einen der Arbeitgeber eine Verantwortung? Welcher von beiden muß für den Unfallzuschuß gemäß § 576 RVO. aufkommen?

b) Nach unserer Satzung muß zur Beschlußfähigkeit des Ausschusses die Hälfte der Vertreter anwesend sein. Da jetzt während der Kriegszeit wegen Einberufung von Vertretern vielfach die

Ersatzmänner eingeladen werden mußten, ist das Erscheinen einer genügenden Zahl Mitglieder, wohl weil die Ersatzmänner nicht das genügende Interesse an der Sache haben, trotz vorschriftsmäßiger Einladung auch bei wiederholt anberaumter neuer Sitzung nicht zu erzielen. Wie ist bei dieser Sachlage zu verfahren? Ist in diesen Fällen nach den allgemein üblichen Grundsätzen die zweite Versammlung mit der gleichen Tagesordnung ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlußfähig, wenn in der erneuten Einladung darauf hingewiesen wird? In der Wahlordnung und in der Satzung ist hierüber nichts Näheres enthalten.

Antwort: a) Der Unfall hat sich im Betriebe der Kafferösterei ereignet, mit dem der erste Arbeitgeber nicht das geringste zu tun hatte. Die Nahrungsmittel-Berufsgenossenschaft hat daher für die Unfallentschädigung und für den Unfallzuschuß aufzukommen, soweit für diesen nicht nach § 576 RVO. der Unternehmer ersatzpflichtig ist. Für die Krankenversicherung aber blieb das fortdauernde Lohnarbeitsverhältnis zum ersten Arbeitgeber maßgebend, und es kann nur in Frage kommen, ob gleichzeitig ein anderes versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis begründet wurde. Dies wird anzunehmen sein, wenn die Beschäftigung in der Kafferösterei nicht etwa wirtschaftlich belanglos oder als „vorübergehende" im Sinne der Bekanntmachung v. 17. November 1913 (Arb.-Vers. 1914, S. 848) versicherungsfrei war. War sie versicherungspflichtig, dann gelten die §§ 309, 396 RVO. und dann ist der zweite Arbeitgeber wegen der Nichtanmeldung verantwortlich nach §§ 530, 531 RVO.

b) Der in der letzten Frage bezeichnete, angebliche Grundsatz kann keine Geltung beanspruchen, wenn die Satzung eine entsprechende Bestimmung nicht enthält. Unter den vorliegenden Umständen kann angenommen werden, daß der Ausschuß sich weigert, die ihm obliegenden Geschäfte auszuführen. Es ist daher nach § 379 Abs. 2 RVO. zu verfahren.

Beschäftigungsort einer teils seßhaften, teils reisenden Theatergesellschaft.

6. Nach Cöln. Antwort: Wir ersehen aus der Anfrage, daß die Theatergesellschaft in Cöln nicht nur den Sitz des Unternehmens, sondern auch eine feste Arbeitsstätte, nämlich eine Bühne hat, und daß sie allerdings „wohl die Hälfte des Jahres" an verschiedenen Orten außerhalb Cölns, aber der Regel nach an keinem dieser Orte länger als vier Wochen Vorstellungen gibt. Danach ist nicht die ganze auswärtige Spielzeit von annähernd einem halben Jahr, sondern nur die Zeit von etwa vier Wochen, die auf jeden der wechselnden Orte entfällt, in Vergleich zu setzen zu der Zeit von etwa einem halben Jahr, während dessen die Mitglieder der Gesellschaft in Cöln seßhaft sind; und es kann nicht zweifelhaft sein, daß hiernach an jedem einzelnen auswärtigen Orte nur „einzelne Arbeiten von geringer Dauer" ausgeführt werden, so daß auch für diese nach § 153 Abs. 2 RVO. Cöln als Beschäftigungsort gilt.

Ueberführung vom Krankenhaus in eine Irrenanstalt auf Kosten der Krankenkasse.

7. Nach Recklinghausen. Antwort: Ihre Meinung, daß unsere Auskunft in Heft 9 S. 213 Ziff. 2 in Widerspruch stehe mit der Entscheidung des preuß. OVG. im Jahrg. 1912 S. 64, ist irrig. Dort hatte nicht die Kasse, sondern der Armenverband dem Versicherten Krankenhauspflege gewährt und der Armenverband suchte Ersatz seiner Aufwendungen aus dem Anspruch des Versicherten an die Kasse nach. Dieser Anspruch reichte nicht über das Krankengeld und den Pauschsatz für Krankenpflege hinaus; es konnte also nicht außerdem noch Ersatz der Ueberführungskosten gefordert werden. Im Fall unserer Auskunft aber hatte die Kasse selbst den Versicherten dem Krankenhause überwiesen und mußte daher auf Grund dieses ihres Auftrags nach bürgerlichem Recht vollen Ersatz aller Aufwendungen leisten, die die Krankenhausverwaltung nach den Umständen für erforderlich halten durfte (§ 670 BGB.), und dazu gehörten auch die Kosten einer durch Art und Verlauf der Krankheit notwendig gewordenen Ueberführung in eine Irrenanstalt.

Arznei oder anderes Heilmittel (§ 182 RVO.)?

8. Nach R. Frage: Ein Kassenmitglied leidet an schwerem Asthma, ist aber dabei bisher arbeitsfähig gewesen. Es wünscht zur Erleichterung der Anfälle und zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit die Verordnung von Asthmolysin, und zwar im Monat 5 Schachteln zum Preise von 24 M. Ist die Kasse zur Lieferung auf die Dauer von 26 Wochen oder länger verpflichtet und ist Asthmolysin als Arznei oder als Heilmittel anzusehen. Der Arzt kann ein billigeres Ersatzmittel nicht nennen.

Antwort: Es handelt sich um eine Arzneizubereitung, die dem Zwecke der Heilung oder Linderung dienen soll und daher nach der Verordnung vom 22. Oktober 1901 (RGBl. S. 380) nur in Apotheken feilgehalten und verkauft werden darf. Daher fällt das Mittel auch unter den Begriff der Arznei im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. und ist, ohne Rücksicht auf den Preis, für die satzungsmäßige Leistungsdauer zu gewähren, wenn der Arzt es für notwendig erachtet.

Befugnisse der Aufsichtsbehörde.

9. Nach C. Antwort: Die Aufsichtsbehörde hat das Recht, in den Sitzungen der Kassenorgane vertreten zu sein (Begr. zur RVO. S. 37; Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 1 zu § 11 RVO.). Um diese Befugnis wahrnehmen zu können, muß sie auch verlangen dürfen, daß sie von jeder Einladung zu einer Sitzung rechtzeitig Kenntnis erhält. Aus ihrem Ueberwachungsrechte (§§ 30, 31 RVO.) folgt ferner, daß sie auch Mitteilung des Sitzungsprotokolls mit Bezeichnung der Teilnehmer verlangen kann (zu vgl. für das frühere Recht: Entsch. des preuß. OVG. in Arb.Vers. 1906 S. 195, 196).

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bautholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1140 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. Juni 1916 | Heft 18

Zum preußischen Gesetz über die Dienstvergehen der Krankenkassenbeamten.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

In der Nr. 15 der Preuß. Gesetzsammlung (S. 96), ausgegeben zu Berlin, den 31. Mai 1916, ist das folgende Gesetz bekannt gemacht:

Gesetz, betreffend die Dienstvergehen der Beamten der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen. Vom 11. Mai 1916.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden König von Preußen usw., verordnen, mit Zustimmung der beiden Häuser des Landtags der Monarchie, was folgt:

§ 1.

Auf die Dienstvergehen der bei den Orts-, Land- und Innungskrankenkassen angestellten Beamten, denen nach § 359 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten (Kommunalbeamten) übertragen werden, finden die Vorschriften des Gesetzes, betreffend die Dienstvergehen der nichtrichterlichen Beamten, die Versetzung derselben auf eine andere Stelle oder in den Ruhestand, vom 21. Juli 1852 (Gesetzsamml. S. 465) mit nachstehenden Aenderungen Anwendung.

§ 2.

Ordnungsstrafen sind:
1. Warnung;
2. Verweis;
3. Geldbuße.

§ 3.

1. Die Befugnis, Ordnungsstrafen zu verhängen, steht innerhalb des Umfanges des den Provinzialbehörden beigelegten Ordnungsstrafrechts, jedoch nicht über 90 M. hinaus, bei Kassen, die der Aufsicht eines staatlichen Versicherungsamts unterstellt sind, dem Landrat als Vorsitzenden des Kreisausschusses, bei Kassen, über welche die Aufsicht von einem gemeindlichen Versicherungsamte geführt wird, dem Bürgermeister (Gemeindevorsteher) zu.

2. Der Kassenvorstand ist befugt, Warnung und Verweis, gegen untere Kassenbeamte auch Geldstrafe bis zu neun Mark zu verhängen. Die zuständigen Minister oder die von ihnen zu ermächtigenden Behörden bestimmen nach Anhörung des Kassenvorstandes, wer als unterer Kassenbeamter im Sinne dieser Vorschrift anzusehen ist.

3. Gegen die Strafverfügung findet innerhalb zwei Wochen die Beschwerde beim Bezirksausschusse, gegen den auf die Beschwerde ergehenden Beschluß des Bezirksausschusses innerhalb zwei Wochen die Beschwerde beim Provinzialrate statt. Der Beschluß des Provinzialrats ist endgültig.

4. Bei Kassen, die der Aufsicht des Versicherungsamts Berlin unterstehen, entscheidet in erster Instanz der Bezirksausschuß in Berlin; in zweiter Instanz tritt an die Stelle des Provinzialrats der Minister für Handel und Gewerbe.

5. Bezirksausschuß und Provinzialrat beschließen auf Grund mündlicher Verhandlung. Die Oeffentlichkeit ist ausgeschlossen; in geeigneten Fällen kann auf Antrag oder von Amts wegen die Oeffentlichkeit zugelassen werden.

§ 4.

1. In dem Verfahren auf Entfernung aus dem Amte verfügt der Regierungspräsident, bei Kassen, die der Aufsicht des Versicherungsamts Berlin unterstehen, der Oberpräsident die Einleitung des Verfahrens; er ernennt den Untersuchungskommissar und den Vertreter der Staatsanwaltschaft für die erste Instanz.

2. Als Disziplinarbehörden entscheiden in erster Instanz der Bezirksausschuß, in zweiter Instanz das Oberverwaltungsgericht; den Vertreter der Staatsanwaltschaft in dem Verfahren vor dem Oberverwaltungsgericht ernennt der Minister für Handel und Gewerbe.

3. Die Entscheidung ergeht auf Grund mündlicher Verhandlung. Das Gutachten des Disziplinarhofs ist nicht einzuholen.

4. In dem vorstehend für die Entfernung aus dem Amte vorgeschriebenen Verfahren ist gegebenenfalls auch über die Tatsache der Dienstunfähigkeit zu entscheiden.

5. Der Bezirksausschuß kann das Verfahren mit Rücksicht auf den Ausfall der Voruntersuchung durch Beschluß einstellen und in dem Beschlusse zugleich eine Ordnungsstrafe im Umfange des den Provinzialbehörden beigelegten Ordnungsstrafrechts festsetzen. Gegen den Beschluß steht innerhalb zwei Wochen dem Vertreter der Staatsanwaltschaft und, sofern eine Ordnungsstrafe festgesetzt ist, auch dem Angeschuldigten die Beschwerde beim Minister für Handel und Gewerbe zu.

6. An Gebühren kommen die für das Verwaltungsstreitverfahren vorgeschriebenen Pauschbeträge, im Falle der Einstellung des Verfahrens unter Festsetzung einer Ordnungsstrafe jedoch nur zur Hälfte, in Ansatz.

§ 5.

Für die Dienstvergehen der von Kassenverbänden im Sinne des § 406 der Reichsversicherungsordnung angestellten Beamten, denen die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten übertragen werden, gelten die vorstehenden Vorschriften entsprechend.

Die Begründung verweist darauf, daß auf Grund der im § 359 Abs. 4 RVO. vorgesehenen Befugnis den Beamten der bezeichneten Kassen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen sind und daß es danach einer gesetzlichen Regelung der Disziplinarverhältnisse dieser Beamten bedarf, „um für sie ein zweifelfreies Disziplinarrecht zu schaffen. Die Grundlage dieses Disziplinarrechts soll das Gesetz, betreffend die Dienstvergehen der nichtrichterlichen Beamten usw. vom 21. Juli 1852 (Ges. Samml. S. 465) bilden. Das Verfahren hat entsprechend der eigenartigen Stellung der erwähnten Kassenbeamten eine besondere Regelung gefunden" (Begr. S. 4). Die Absicht, „zweifelfreies" Recht zu schaffen, wird kaum als gelungen bezeichnet werden können. Aus dem Ineinanderspielen verschiedener Gesetze wird sich vielmehr mancher Zweifel und manche Unklarheit ergeben. Es soll versucht werden, hier einige Erläuterungen allgemeiner Art und zu den Einzelvorschriften des Gesetzes zu geben.

Allgemeines. — Da den Kassenbeamten die Rechte und Pflichten „gemeindlicher" Beamten übertragen sind, so ist für ihre „Anstellung und Versorgung" das hierüber für die Kommunalbeamten erlassene Gesetz vom 30. Juli 1899 (Ges.Samml. S. 141) maßgebend. Im vorliegenden Gesetze handelt es sich nur um Regelung der Disziplinarverhältnisse. Die Kassenbeamten stehen zwar nicht im Dienste eines Gemeindeverbandes, sind also nicht eigentlich Gemeindebeamte, wohl aber, weil die Beamteneigenschaft sich wesentlich in den Rechten und Pflichten erschöpft, mittelbare Staatsbeamte gleich den Gemeindebeamten (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 69 S. 185). Die Gleichstellung in den Pflichten bedingt begrifflich auch eine Gleichheit der Verantwortung. Daher ist es nur folgerichtig, daß die disziplinare Verantwortlichkeit der Kassenbeamten, abgesehen von einigen den besonderen Verhältnissen angepaßten Besonderheiten, durch das Gesetz grundsätzlich nach den für die Gemeindebeamten geltenden Vorschriften geregelt ist. In der Kommissionsberatung ist von einem Regierungsvertreter wiederholt darauf hingewiesen worden, daß, wenn und solange das vorliegende Gesetz nicht zustande käme, lediglich das Disziplinargesetz von 1852 gelten würde (Komm.Ber. S. 8, 9). Entsprechendes muß folgerichtig auch von der strafrechtlichen Verantwortlichkeit gelten (was Hoffmann in der Monatsschr. f. Arb.u. Angest.Vers. 1. Sp. 446 mit Unrecht bezweifelt). Der 28. Abschnitt des Strafgesetzbuchs handelt in §§ 331 bis 359 von „Verbrechen und Vergehen im Amte". Dabei sind nach § 359 unter Beamten zu verstehen „alle im Dienste des Reichs oder in unmittelbarem oder mittelbarem Dienste eines Bundesstaats auf Lebenszeit, auf Zeit oder nur vorläufig angestellten Personen, ohne Unterschied, ob sie einen Diensteid geleistet haben oder nicht". Hierunter fallen also auch, als mittelbare Staatsbeamte, die Kassenbeamten wie die Beamten der Gemeinden. Von den hiernach für sie geltenden besonderen Strafbestimmungen sind hier namentlich die über Bestechung zu erwähnen. Strafbar ist ein Beamter, der für eine in sein Amt einschlagende, an sich nicht pflichtwidrige Handlung Geschenke oder andere Vorteile annimmt oder sich versprechen läßt (§ 331). Erheblich schwerere Strafe trifft ihn, wenn die Handlung eine Verletzung

einer Amts- oder Dienstpflicht enthält (§ 332). Für die Fälle, in denen ein Dienstvergehen zugleich den Tatbestand einer nach den allgemeinen Gesetzen strafbaren Handlung erfüllt, ist das Verhältnis des Disziplinarverfahrens zum Strafverfahren durch die §§ 3 bis 7 Ges. v. 1852 geregelt.

Die Disziplinarstrafen bestehen in Ordnungsstrafen und in der Entfernung aus dem Amte (§ 14 Ges. v. 1852). Von den Ordnungsstrafen und dem darauf bezüglichen Verfahren handeln die §§ 2, 3 des vorliegenden Gesetzes (abweichend von §§ 14, 15, 18 bis 21 Ges. v. 1852), während § 4 des vorliegenden Gesetzes das eigentliche Disziplinarverfahren behufs Entfernung aus dem Amte regelt (mit wesentlichen Abweichungen von §§ 16, 22 bis 47 Ges. v. 1852). Welche von den hiernach überhaupt zulässigen Strafen im Einzelfalle anzuwenden ist, ist nach der Schwere des Dienstvergehens zu ermessen, unbeschadet der (unten in Anm. 1 zu § 1 erwähnten) besonderen Bestimmungen über das unerlaubte Fernbleiben vom Amt (§§ 17, 8, 9 Ges. v. 1852).

Zu § 1.

1. **Anwendung des Gesetzes von 1852.** — Von den Vorschriften des Disziplinargesetzes für nicht richterliche Beamte (Ges. von 1852), die nach § 1 für die Kassenbeamten gelten, soweit nicht Abweichungen vorgeschrieben sind, sollen nur die wichtigsten hier hervorgehoben und kurz erörtert werden. Nach § 2 Ges. v. 1852 unterliegt den Vorschriften dieses Gesetzes, also namentlich den Bestimmungen über Dienstvergehen, deren Bestrafung und über das Verfahren: „ein Beamter, welcher 1. die Pflichten verletzt, die ihm sein Amt auferlegt, oder 2. sich durch sein Verhalten in und außer dem Amte der Achtung, des Ansehens oder des Vertrauens, die sein Beruf erfordert, unwürdig zeigt." Es muß sich also handeln entweder um Verletzung bestimmter Pflichten oder, außerhalb solcher, um unwürdiges Verhalten.

2. **Verletzung bestimmter Amtspflichten.** — In dieser Hinsicht kommen für einen Krankenkassenbeamten — abgesehen von seinen besonderen Pflichten in Bezug auf die ihm übertragenen Geschäfte — vor allem Pflichten in Betracht, die ihm als mittelbarem Staatsbeamten durch allgemeine oder für seinen besonderen Wirkungskreis gegebene Gesetze oder aber auch durch Ausführungsbestimmungen und Anordnungen der zuständigen Behörden auferlegt sind. Aus den §§ 2, 3 des Preuß. Allg. Landr. Teil II Tit. 10 ergibt sich für jeden Beamten eine Pflicht zu „besonderer Treue und Gehorsam gegenüber dem Staatsoberhaupt" und zu besonderen Diensten „nach der Beschaffenheit seines Amtes und nach dem Inhalt seiner Instruktion". Die hierauf beruhende Treupflicht hat eine wesentlich politische Bedeutung. Sie zwingt zwar dem Beamten nicht eine bestimmte Gesinnung auf und verpflichtet ihn nicht, der jeweiligen Regierung politische Gefolgschaft zu leisten, insbesondere etwa bei den Wahlen; aber die preußische Verwaltungspraxis und Rechtsprechung nimmt an, daß Beamte für Bestrebungen einer Partei, welche die Grundlagen der bestehenden Rechts- und Staatsordnung bekämpft, nicht förderlich eintreten oder sich öffentlich als deren Anhänger bekennen dürfen (Entsch. des OVG. Bd. 14. S. 406, Min.Bl. f. inn. Verw. 1897 S. 92, 1899 S. 84). An dieser grundsätzlichen Auffassung werden vermutlich auch die Erfahrungen des Krieges nichts ändern, aber sie werden zu der Erwägung drängen, ob die tatsächlichen Voraussetzungen des Rechtsgrundsatzes in Bezug auf bestimmte politische Gruppen, nach ihrem Verhalten in der Kriegszeit, noch so unbedingt, wie bisher angenommen wurde, für gegeben angesehen werden dürfen. — Die Gehorsamspflicht fordert, daß der Beamte den dienstlichen Anweisungen („Instruktionen") seiner Vorgesetzten folge. Nur den „dienstlichen" selbstverständlich, und auch diesen nur, sofern der Vorgesetzte für den Erlaß und der Beamte für die Ausführung der Anweisung zuständig ist; darüber hinaus aber steht dem Beamten eine Prüfung der Rechtmäßigkeit nicht zu. Er wird, wenn

er eine ihm aufgetragene Diensthandlung für unvereinbar mit dem Gesetz oder der Satzung hält, pflichtmäßig seine Bedenken vorbringen, nicht aber die ihm erteilte Weisung mißachten dürfen (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 zu § 359 RVO.). Wegen des Falles, daß Weisungen mehrerer Vorgesetzten in Widerspruch miteinander stehen, zu vgl. unten Erläuterung zu § 4. — Der Beamte hat seine ganze Kraft für den Dienst bereit zu halten. Seine Arbeitspflichten sind nur ihrer Art nach bestimmt, im übrigen aber, unbeschadet der durch Geschäftsanweisungen usw. getroffenen Regelung der Dienstzeit, „ungemessene". Er muß daher auch nach Anweisung seiner Vorgesetzten die Vertretung eines behinderten Angestellten übernehmen. Im Zusammenhange mit der Pflicht zur Dienstbereitschaft steht die Residenz- und Präsenzpflicht, die Pflicht des Beamten, den Wohnort so zu wählen und an diesem Orte anwesend zu sein, wie es das dienstliche Interesse fordert. Zur Entfernung vom Wohnort bedarf er eines Urlaubs. Das Regulativ für die Kassenbeamten soll die Gewährung eines Erholungsurlaubs, wie er für die entsprechenden gemeindlichen Beamten üblich ist, vorsehen (Erl. v. 18. Febr. 1914 Ziff. 7, Arb.Vers. 1914 S. 186); aber erst durch die tatsächliche Gewährung des Urlaubs erlangt der Beamte das Recht, dem Dienste fernzubleiben, und aus seiner Bereitschaftspflicht folgt, daß er im Bedarfsfall auch vor Ablauf des bewilligten Urlaubs zurückgerufen werden darf und zurückkehren muß. Nähere Vorschriften enthalten die §§ 8—12 Ges. v. 1852: Ein Beamter, der sich ohne vorschriftsmäßigen Urlaub von seinem Amt entfernt hält oder den Urlaub überschreitet, ist, wenn ihm nicht besondere Entschuldigungsgründe zur Seite stehen, für die Zeit der unerlaubten Entfernung seines Diensteinkommens für verlustig zu erklären (§ 8). Dies geschieht durch Verfügung der Behörde, die den Urlaub zu erteilen hat; im Falle des Widerspruchs findet das förmliche Disziplinarverfahren statt (§ 10). Der ordentliche Rechtsweg hierüber ist ausgeschlossen (Entsch. des Reichsger. in Zivils. 52 S. 20). Die Dienstentlassung ist verwirkt, wenn die unerlaubte Entfernung länger als acht Wochen oder wenn sie nach dienstlicher Aufforderung zur Rückkehr mindestens vier Wochen dauert (§ 9). Die Entlassung kann nur im förmlichen Disziplinarverfahren ausgesprochen und nicht verhängt werden, wenn der Beamte ohne Schuld fern geblieben ist (§ 11). Die Einleitung dieses Verfahrens und die Entlassung vor Ablauf jener Fristen ist nicht ausgeschlossen, wenn sie durch besonders erschwerende Umstände gerechtfertigt erscheint (§ 12). — Gleichfalls mit der Pflicht des Beamten, seine Kräfte für den Dienst zusammenzuhalten, hängen Beschränkungen zusammen, die ihm in Bezug auf Nebenbeschäftigungen auferlegt sind. Er darf ohne Genehmigung seines Vorgesetzten kein Gewerbe betreiben, auch nicht mittelbar durch Angehörige seines Hausstandes (§ 19 der preuß. Gew.Ordg. v. 17. Januar 1845, vgl. § 12 Abs. 2 der Reichs-Gew.Ordg.). Gleicher Genehmigung bedarf er zur Uebernahme des Amtes als Schiedsmann oder einer Vormundschaft (§ 2 der Schiedsmannsordg. v. 29. März 1879, Art. 72 des preuß. Ausf.Ges. zum BGB. v. 20. Sept. 1899). Darüber hinaus darf ihm eine Nebenbeschäftigung, die mit den ihm obliegenden Pflichten nicht unverträglich ist, z. B. die Beschäftigung bei einer gewerblichen Genossenschaft, nicht verboten werden (vgl. Komm.Ber. zum vorliegenden Ges. S. 4). — Eine besondere Pflicht zur Wahrhaftigkeit liegt dem Beamten insofern ob, als er auf Verlangen der Vorgesetzten sich über dienstliche Angelegenheiten zu äußern und sich hierbei sowie auch sonst in allen dienstlichen Anzeigen und Erklärungen mit peinlicher Sorgfalt an die Wahrheit zu halten hat. — Die besonders durch die Kabinettsorder v. 21. November 1835 nachdrücklich betonte Pflicht aller öffentlichen Beamten zur Amtsverschwiegenheit bezieht sich auf alle von den Vorgesetzten ausdrücklich als „geheim" oder „vertraulich" bezeichneten Angelegenheiten des

Dienstes sowie, ohne solche Bezeichnung, auch auf diejenigen dem Beamten durch den Dienst bekannt gewordenen Tatsachen, von denen er vernünftigerweise annehmen muß, daß ihre Verbreitung ein öffentliches oder privates Interesse, insbesondere das Interesse der Krankenkasse, in deren Dienst er steht, gefährden könnte. In den §§ 141 bis 144 RVO. sind den Angestellten der Versicherungsträger gewisse Schweigepflichten auferlegt und für ihre Verletzung Strafen vorgesehen. Für Beamte aber, die der Dienstgewalt einer staatlichen oder gemeindlichen Behörde unterstehen, also auch für die Kassenbeamten in Preußen, denen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen sind, bewendet es nach § 145 RVO. an Stelle der §§ 141 bis 144 bei den für sie geltenden Vorschriften. Die Kassenbeamten sind hiernach nicht etwa von der Pflicht zur Verschwiegenheit über die in den §§ 141 bis 144 bezeichneten Verhältnisse, sondern nur von der strafrechtlichen Verantwortlichkeit nach Maßgabe dieser Vorschriften frei, werden aber im Falle einer Zuwiderhandlung, die immer ein Dienstvergehen darstellt, disziplinarrechtlich umso strenger anzusehen sein.

3. **Verhalten in und außer dem Amte.** — Neben der Verletzung von Pflichten der erwähnten Art (Amtspflichten im eigentlichen, engeren Sinne) kommen nach Ziff. 2 des § 2 Ges. v. 1852 Verfehlungen durch unwürdiges Verhalten in Betracht. Der Beamte hat sich gegenwärtig zu halten, daß er zur förderlichen Ausübung seines Berufes der Achtung, des Ansehens und des Vertrauens seiner Vorgesetzten, seiner Mitarbeiter und vor allem auch des Publikums bedarf und daß er danach sein Verhalten „in und außer dem Amte" einrichten muß. Diese Forderung reicht in Anwendung auf die nach § 359 Abs. 4 RVO. bestellten Kassenbeamten weiter als die Vorschrift in § 24 RVO., wonach die gewählten Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in den Kassenorganen ihres Amtes zu entheben sind, wenn von ihnen Tatsachen bekannt werden, die ihre „Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung" ausschließen. Die Disziplinargesetze für Beamte gehen davon aus, daß ein Beamter, der ein unwürdiges Privatleben führt, nicht minder als wenn er sich in seiner Geschäftsführung vergeht, die Achtung verscherzen kann, die eine gedeihliche Amtsbetätigung erfordert. Auch ist, um ein Einschreiten gegen ihn zu rechtfertigen, nicht erforderlich, daß seine Vertrauenswürdigkeit „ausgeschlossen" erscheint; es genügt, daß sie durch sein Verhalten wesentlich beeinträchtigt wird. In solchen milderen Fällen wird dann selbstverständlich nicht — was § 24 RVO. allein vorsieht — Amtsenthebung, sondern eine der milderen Maßnahmen auf Grund des vorliegenden Gesetzes (§ 2) in Frage kommen. Als Verfehlungen im amtlichen und außeramtlichen Verhalten, die nicht Verletzungen bestimmter Dienstpflichten enthalten, aber ein unwürdiges und deshalb disziplinarisch zu ahndendes Verhalten darstellen können, seien hier besonders hervorgehoben: ungebührliches oder gar verletzendes Betragen gegen Vorgesetzte oder im Verkehr mit dem Publikum, strafbare Handlungen aller Art, gewohnheitsmäßiges Glücksspiel (das besonders die Vertrauenswürdigkeit für die Kassenführung schädigen muß), ebenso leichtfertiges Schuldenmachen, Trunksucht, Anstoß erregende Verfehlungen auf geschlechtlichem Gebiete usw. Die Betätigung auf religiösem und politischen Gebiete gehört an sich dem Privatleben des Beamten an. Die Vorschrift in § 354 Abs. 6 RVO., wonach eine solche Betätigung nur durch Mißbrauch der dienstlichen Stellung oder der Dienstgeschäfte zu einer im Disziplinarwege zu ahndenden Handlung werden kann, gilt nur für die der Dienstordnung unterstehenden Angestellten, also nicht für die Beamten der Kasse im Sinne des § 359 Abs. 4 RVO. Daß Beamte nach der preußischen Praxis auch durch außerdienstliche Betätigung auf politischem Gebiete unter gewissen besonderen Voraussetzungen sich einer disziplinarischen Bestrafung aussetzen können, ist bereits er-

wähnt. Im allgemeinen ist jedoch zu betonen, daß ein disziplinares Eingreifen in das Privatleben sich nur dann rechtfertigen kann, wenn wirklich ein dienstliches Interesse dabei in Frage steht. Wie dies vom Verkehr des Beamten mit einzelnen Personen gilt (Entsch. des OVG. 65 S. 337), so muß es auch von seiner Beteiligung an Vereinen und Versammlungen, auch wenn diese politische oder religiöse Ziele verfolgen, gelten.

Zu § 2.

Ordnungsstrafen. — Die Vorschrift beruht auf einem Zusatz der Reichstagskommission. Sie bedeutet eine Abänderung des § 15 Beamten-Disp.-Ges., der außer den hier bezeichneten drei Arten von Ordnungsstrafen „gegen untere Beamte" auch Arreststrafe von höchstens acht Tagen zuläßt. Arreststrafe als Diziplinarmaßnahme ist also gegen Kassenbeamte schlechthin unzulässig; Freiheitsstrafen gegen sie können nur auf Grund der allgemeinen Strafgesetze außerhalb eines Disziplinarverfahrens verhängt werden. Im übrigen bestehen die Disziplinarstrafen, entsprechend dem § 14 Beamten-Disz. Ges., entweder in den hier bezeichneten Ordnungsstrafen, auf die sich die Verfahrensvorschriften in § 3 des vorliegenden Gesetzes beziehen, oder in der Entfernung aus dem Amte, wofür § 4 das Verfahren regelt.

Warnung, als die mildere, und Verweis, als die ernstere Ordnungsstrafe, sind zu unterscheiden von bloßen Vorhaltungen, Rügen, Zurechtweisungen. Diese finden ihren Rechtsgrund überhaupt nicht in der Disziplinargewalt, sondern im Aufsichtsrechte und stehen jedem Vorgesetzten zu, der nach der Ordnung des Dienstes — also bei den Krankenkassenbeamten nach dem Gesetze, nach der Satzung und dem Regulativ — zur Wahrnehmung des Aufsichtsrechtes berufen ist (zu vgl. Gründe der Entsch. des OVG. 65 S. 429), während die Befugnis, eigentliche Ordnungsstrafen zu verhängen, nur den im § 3 bezeichneten Vorgesetzten zusteht. Hierher gehören auch die hier erwähnten Geldbußen. Ihr Betrag wird durch § 3 begrenzt. Die Grenze gilt auch, wenn die Ordnungsstrafe durch mehrere Dienstvergehen verwirkt ist; in diesem Falle dürfen die Geldbußen zusammen den Höchstbetrag nicht übersteigen (Entsch. des OVG. Bd. 32 S. 429). Neben der Geldbuße darf nicht noch eine Warnung oder ein Verweis erteilt werden. Als bloße Ordnungsstrafe unterliegt die Geldbuße nicht den Vorschriften des Strafgesetzbuchs, insbesondere nicht denen über den Mindestbetrag (§ 27 StrGB.; zu vgl. Entsch. des RVA. 2168 Amtl.Nachr. 1916 S. 283, Arb.Vers. 1916 S. 370) und ebenso nicht der Umwandlung in Haft (§ 28 StrGB.; Beschl. des Staatsministeriums v. 2. März 1850, Min.Bl. f. inn. Verw. S. 93).

Zu § 3.

Zuständigkeit und Verfahren bei Ordnungsstrafen.

1. In Ausführung des § 359 Abs. 4, § 413 Abs. 2 RVO. bestimmt ein Erlaß der preußischen Minister für Handel und Gewerbe und des Innern v. 18. Februar 1914 (HMBl. S. 79, Arb.Vers. 1914 S. 186), daß die dienstlichen Verhältnisse der mit Beamteneigenschaft ausgestatteten Kassenbeamten für jede Kasse und jeden Kassenverband durch ein Regulativ zu regeln sind, wofür leitende Gesichtspunkte angegeben werden. Unter Ziff. 2 ist bestimmt: „Neben dem Vorstande der Kasse oder des Kassenverbandes ist dem Landrat (Oberamtmann) als Vorsitzenden des Kreis- (Amts-) Ausschusses, bei Kassen oder Kassenverbänden, die der Aufsicht eines gemeindlichen Versicherungsamts unterstehen, dem Bürgermeister, bei Kassen, die lediglich das Gebiet einer Landbürgermeisterei in der Rheinprovinz, eines Amtes in Westfalen oder einer Landgemeinde umfassen, geeignetenfalls dem Landbürgermeister, Amtmann oder Gemeindevorsteher ein Dienstaufsichtsrecht über die Beamten einzuräumen."

Bei der Beratung des vorliegenden Gesetzes in der Kommission wurde hervorgehoben, daß hiernach ein Kassenangestellter, der die Eigenschaft eines gemeindlichen Beamten erhalte, zweierlei verschiede-

nen Dienstvorgesetzten unterstände, einmal des Kassenvorstandes und außerdem der Aufsicht des Bürgermeisters oder Landrats. Es wurde vom Regierungsvertreter anerkannt, daß sich daraus Schwierigkeiten ergeben könnten, aber dann hätte immer die nächst höhere Instanz zu entscheiden, welche Dienstpflichtstelle im Recht sei (Komm.Ber. S. 3, 5). Eine scharfe gesetzliche Abgrenzung der Aufsichtsbefugnisse einerseits des Kassenvorstandes, anderseits des Landrats oder Bürgermeisters gegeneinander sei praktisch unmöglich. Die Frage werde häufig von Fall zu Fall entschieden werden müssen. Im großen und ganzen sei die nächst vorgesetzte Dienstbehörde des Beamten der Kassenvorstand, aber neben diesem habe in gewissem Umfang auch der Oberbürgermeister oder Landrat ein Dienstaufsichtsrecht. Selbstverständlich werde der Landrat oder Bürgermeister zu vermeiden haben, sich in seinen Anordnungen mit denen des Kassenvorstandes in Widerspruch zu setzen, außer wenn der Landrat oder Bürgermeister gegen offenbare Gesetzwidrigkeiten einzuschreiten habe, gegen die einzuschreiten der Kassenvorstand sich weigere (das. S. 8, 9). — Welches nun aber die Rechtslage des Beamten ist, wenn er von der einen und von der anderen Aufsichtsstelle widersprechende Weisungen erhält, ist hiernach keineswegs geklärt, und der Abgeordnete Braun hat noch bei der zweiten Beratung des Gesetzes mit Recht hervorgehoben, „daß der Beamte bei diesem Dualismus der aufsichtführenden Organe nicht weiß, wessen Weisungen er zu folgen hat, und dadurch fortgesetzt in der Gefahr schwebt, sich irgend ein Dienstvergehen zu Schulden kommen zu lassen" (Stenogr.Ber. Sp. 2012). Auch der Abgeordnete Gottschalk bezeichnete es als „etwas außerordentlich Schwieriges, wenn von zwei Stellen, die nicht in eine hierarchische Ordnung sich eingliedern, sondern vollständig unabhängig nebeneinander stehen, eine Disziplinargewalt ausgeübt werden soll. Dadurch würden Widersprüche entstehen können, die ganz unlöslich sind" (das. Sp. 2018). Wie sehr das zutrifft, ergibt sich aus dem folgenden:

2. Die Befugnis, Ordnungsstrafen gegen Kassenbeamte zu verhängen, wollte der Entwurf (§ 2) nur dem Landrat oder Bürgermeister übertragen. Ein Antrag, diese Befugnis dem Kassenvorstand, als dem nächsten Dienstvorgesetzten, vorzubehalten, wurde abgelehnt (Drucks. Nr. 37; Stenogr.Ber. Sp. 2026), ein vermittelnder Antrag dagegen angenommen (Drucks. Nr. 146; Stenogr.Ber. Sp. 2026). Dieser Gesetz gewordene Antrag hat die eingeschränkte Befugnis des Kassenvorstandes zur Verhängung von Strafen (§ 3 Abs. 2) völlig selbständig neben die weitergehende Befugnis des Landrats oder Bürgermeisters (Abs. 1) gestellt. Der Landrat oder Bürgermeister ist nicht etwa befugt, eine Strafverfügung des Vorstandes aufzuheben oder abzuändern, sondern dies kann nur im Beschwerdeverfahren nach Abs. 3, 4 geschehen. Die Fassung des Gesetzes ergibt klar, „daß die Beschwerde gegen eine Bestrafung durch den Kassenvorstand beim Bezirksausschuß, nicht beim Bürgermeister oder Landrat erfolgen muß". Dies hat der Antragsteller Gronowski ausdrücklich betont und der Regierungsvertreter bestätigt (Sten.Ber. Sp. 2021, 2023). Der Landrat oder Bürgermeister wird hiernach gemäß den Ausführungen in Anm. 1 im allgemeinen sich mit dem Kassenvorstand ins Einvernehmen zu setzen und ihm das Einschreiten zu überlassen haben, selbst aber nur dann einschreiten, wenn er eine solche Strafe für geboten erachtet, die über die eingeschränkte Befugnis des Vorstandes nach Abs. 2 hinausgeht, oder wenn dieser die Verhängung einer Strafe ablehnt. Wenn umgekehrt der Vorstand eine Strafe, die der Landrat oder Bürgermeister nicht für gerechtfertigt erachtet, verhängt, so kann dieser Widerstreit nicht auf dem in Anm. 1 erwähnten Wege der Anrufung der „nächst höheren Instanz" ausgetragen werden, sondern es bleibt lediglich

dem Beamten überlassen, die Strafverfügung nach Abs. 3, 4 anzufechten. Schwierig und zweifelhaft aber wird die Rechtslage, wenn der Vorstand mit der Verhängung einer Ordnungsstrafe zuvorkommt, die dem Landrat oder Bürgermeister nach den Umständen des Falles ungenügend erscheint. Das Recht, in solchem Falle die Verfügung des Vorstandes aufzuheben und durch eine strengere Strafverfügung zu ersetzen, steht, wie erwähnt, dem Landrat oder Bürgermeister nicht zu, und auch eine Möglichkeit der Anfechtung besteht nicht, weil diese in Abs. 3 und 4 des § 3 erschöpfend geregelt und das dort gegebene Rechtsmittel der Beschwerde offenbar nur dem Bestraften selbst zugedacht ist. Wird nun die Strafverfügung des Vorstandes rechtskräftig, so ist der Landrat oder Bürgermeister auch nicht etwa befugt, zusätzlich eine weitere Strafe zu verhängen. Denn der strafrechtliche Grundsatz, daß wegen desselben Tatbestandes, wegen dessen bereits eine Strafe verhängt ist, eine nochmalige Bestrafung ausgeschlossen ist, gilt auch für das Disziplinarverfahren (vgl. Entsch. des preuß. OVG. 26 S. 420). Solange aber die vom Vorstande festgesetzte Strafe nicht rechtskräftig ist, wird der Landrat oder Bürgermeister nicht gehindert sein, sein eigenes Strafrecht zu gebrauchen und die für angemessen erachtete schwerere Strafe zu verhängen; es bleibt dann dem Beamten überlassen, diese neue Strafverfügung oder, wenn er auch die vom Vorstande verhängte mildere Strafe nicht als gerechtfertigt anerkennt, beide Verfügungen auf dem in Abs. 3, 4 bezeichneten Wege anzufechten.

Ueber eine besondere Befugnis des Bezirksausschusses zur Festsetzung einer Ordnungsstrafe vgl. § 4 Abs. 5.

3. Ueber die Abgrenzung des Kreises der „unteren Kassenbeamten", gegen die der Kassenvorstand — außer Warnung und Verweis, welche ihm gegenüber allen Beamten zustehen — auch Geldstrafen bis zu neun Mark verhängen kann, ist ein Ministerialerlaß v. 25. Mai 1916 (HMBl. S. 161) ergangen.*)

*) Abgedruckt hier S. 422.

Zu § 4.

Entfernung aus dem Amte. — Dies ist die schwerste zulässige, die eigentliche Disziplinarstrafe im engeren Sinne, in Gegensatz zu den Ordnungsstrafen. Das Gesetz von 1852 kennt diese Strafe auch in der Form der Versetzung in ein anderes Amt, jedoch nur bei unmittelbaren Staatsbeamten; gegen Kassenbeamte ist nur Dienstentlassung statthaft, die kraft Gesetzes den Verlust des Titels und des Pensionsanspruchs nach sich zieht, doch kann die Disziplinarbehörde in der Entscheidung festsetzen, daß dem Angeschuldigten ein Teil des Pensionsbetrages auf Lebenszeit oder auf gewisse Jahre als Unterstützung zu verabreichen sei (§ 16 Ges. v. 1852).

Die im § 4 enthaltenen Vorschriften über das Verfahren finden nach § 1 ihre Ergänzung in den §§ 32 ff. Ges. v. 52, die freilich zum Teil durch die besonderen Vorschriften des vorliegenden § 4 verdrängt, zum andern Teil nur „entsprechend" anwendbar sein werden. Daß sie hinsichtlich der Rechtsmittelfristen gelten, hebt die Begründung (zu § 3 des Entw.) ausdrücklich hervor.

Auch die Vorschriften in §§ 48 bis 52 Ges. v. 1852 über die vorläufige Dienstenthebung gelten entsprechend für Kassenbeamte. Diese Maßnahme tritt kraft Gesetzes ein, wenn im gerichtlichen Strafverfahren die Verhaftung des Beamten beschlossen oder gegen ihn ein noch nicht rechtskräftiges Urteil erlassen ist, das den Amtsverlust ausspricht oder kraft Gesetzes nach sich zieht, ferner wenn im Disziplinarverfahren eine noch nicht rechtskräftige Entscheidung auf Dienstentlassung ergangen ist (§ 48; über die Dauer der vorläufigen Enthebung § 49). Die zur Einleitung der Disziplinaruntersuchung ermächtigte Behörde kann die vorläufige Enthebung verfügen, sobald gegen den Beamten ein gerichtliches Strafverfahren eingeleitet oder die Einleitung einer Disziplinaruntersuchung verfügt ist (§ 50). Bei Gefahr im Verzuge kann auch ein anderer Vorgesetzter die Ausübung der Amtsverrichtungen vorläufig untersagen; es ist aber darüber sofort an die höhere

Behörde zu berichten (§ 54). Der vorläufig seines Dienstes enthobene Beamte behält während der Dauer dieser Maßnahme die Hälfte seines Diensteinkommens. (Näheres: §§ 51 bis 53).

In dem Verfahren nach Abs. 1 bis 3 des vorliegenden § 4 ist nach Abs. 4 gegebenenfalls auch über die Tatsache der Dienstunfähigkeit zu entscheiden. „Gegebenenfalls" — das bedeutet: wenn der Beamte wegen körperlicher oder geistiger Unfähigkeit zur Erfüllung seiner Amtspflichten in den Ruhestand versetzt werden soll und dies nicht selbst nachsucht (§§ 88 ff. Ges. v. 1852). Es handelt sich hier um eine der im § 87 Ges. v. 1852 bezeichneten „Verfügungen im Interesse des Dienstes, welche nicht Gegenstand des Disziplinarverfahrens sind", und für welche bei Kassenbeamten, ohne die ausdrückliche Erwähnung in Abs. 4, weder das vorliegende Gesetz, das ja nur von den Dienstvergehen handelt, noch folglich das Ges. v. 1852 gelten würde. Die beiden anderen im § 87 dies. Ges. erwähnten Maßnahmen — Versetzung in ein anderes Amt und einstweilige Versetzung in den Ruhestand mit Gewährung von Wartegeld — kommen also, weil sie das vorliegende Gesetz nicht gleichfalls behandelt, für Kassenbeamte nicht in Betracht. Soweit etwa (bei größeren Kassen) ein Bedürfnis für Bestimmungen dieser Art vorhanden wäre, würden sie in das Regulativ aufzunehmen sein.

Zu § 5.

Kassenverbandsbeamte. — Der Inhalt dieser Vorschrift folgt an sich schon daraus, daß das vorliegende Gesetz eine Ausführung des § 359 Abs. 4 RVO. enthält und daß dieser nach § 413 Abs. 2 auch für die Angestellten eines nach § 406 gebildeten Verbandes gilt. Nur „um Zweifeln vorzubeugen", nahm der Reichstag die im § 5 enthaltene Ergänzung des Entwurfs auf. (Sten.Ber. Sp. 2023).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungspflicht der Krankenschwestern im Kriege.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Febr. 1916 (2188 Amtl. Nachr. 1916 S. 440).

Wie das Reichsversicherungsamt bereits in mehreren Entscheidungen über die Versicherungspflicht von Diakonissen und Rote-Kreuz-Schwestern ausgesprochen hat (Entsch. 1315, Amtl. Nachr. 1907 S. 477), ist die Krankenpflege, sofern sie nicht als selbständiges Gewerbe, sondern in abhängiger Stellung ausgeübt wird, eine versicherungspflichtige Beschäftigung. Daran ändert an sich der Umstand nichts, daß es sich um Kriegskranken- und -verwundetenpflege handelt. Wie in jenen Entscheidungen dargelegt ist, kommt es auch nicht darauf an, auf welchen Beweggründen die Beschäftigung beruht. Vielmehr ist lediglich entscheidend, ob sie gegen Entgelt erfolgt oder ob die gewährten Bezüge das Maß des freien Unterhalts im Sinne des § 1227 RVO. nicht übersteigen. Nur im letzteren Falle tritt Versicherungsfreiheit ein. Daher ist die Tätigkeit einer Rote-Kreuz-Schwester, die neben dem freien Unterhalt ein Taschengeld von 20 M. monatlich bezog, für versicherungspflichtig erklärt worden. Vorliegend findet die Beschäftigung gegen Entgelt statt. Die Beziehungen des Personals der freiwilligen Krankenpflege zu der Heeresverwaltung sind in der Dienstvorschrift für die freiwillige Krankenpflege vom 12. März 1907, die auf der Kriegs-Sanitäts-Ordnung vom 27. Januar 1907 beruht, und in einer Anzahl ausführender und ergänzender Kriegsministerialerlasse geregelt. Nach Ziff. 142 der Dienstvorschrift kann dem Personale für Dienstleistungen in staatlichen Lazaretten im Heimatsgebiet auf Grund eines vom Kaiserlichen Kommissar oder stellvertretenden Militär-Inspekteur befürworteten Antrags eine „Geldvergütung" gewährt werden, deren Tagessatz das Preußische Kriegsministerium von Fall zu Fall bestimmt. Das zur Unterstützung des Sanitätsdienstes auf dem Kriegsschauplatz und in armierten Festungen verwendete Personal ist zum Empfang einer fortlaufenden „Geldabfindung" (Löhnung) nach Maßgabe besonderer Bestimmungen berechtigt. Demgemäß erhalten nach einer Aufstellung des Königlich Preußischen Kriegsministeriums über die „Ge-

bührnisse des Personals der freiwilligen Krankenpflege" die Schwestern in der Etappe neben Beköstigung, Unterkunft, ärztlicher Behandlung, Heil- und Kurmitteln, Mannschafts- und Hinterbliebenenversorgung, Marschgebührnissen bei Einberufung und Entlassung usw. einen Geldbetrag von 33,30 M. monatlich, im Heimatsgebiet außer Beköstigung und Unterkunft oder einem entsprechenden Ablösungsbetrag, unentgeltlicher ärztlicher Behandlung, Heil- und Kurmitteln (im Falle der Bedürftigkeit) eine Geldvergütung im Höchstbetrage von 33,30 M. monatlich. Diese Bezüge überschreiten zweifellos das Maß des freien Unterhalts. Ob das auch in solchen Fällen anzunehmen ist, in denen es sich um Personen handelt, die nach ihrer wirtschaftlichen und sozialen Stellung nicht auf Verrichtung von Lohnarbeit angewiesen sind und sich der Krankenpflege nur für die Kriegszeit freiwillig widmen, kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls liegt bei den hier in Frage kommenden berufsmäßigen Krankenpflegerinnen eine entgeltliche, nach § 1226 versicherungspflichtige Tätigkeit vor, es sei denn, daß eine der Voraussetzungen, unter denen nach dem Gesetze ausnahmsweise Versicherungsfreiheit eintritt, gegeben wäre. Das ist nicht der Fall. Gemäß § 1235 Nr. 2 sind Personen des Soldatenstandes versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 1226 bezeichneten Tätigkeiten im Dienste ausüben. Wer Person des Soldatenstandes ist, ergibt sich aus den §§ 4, 5 des Militärstrafgesetzbuchs und dem diesem Gesetz als Anlage beigefügten „Verzeichnis der zum deutschen Heere und zur Kaiserlichen Marine gehörenden Militärpersonen". Hierunter ist das Personal der freiwilligen Krankenpflege nicht aufgeführt. Es gehört nicht zum Heere, sondern zum Heeresgefolge im Sinne des § 155 des Militärstrafgesetzbuchs und ist daher auf Grund dieser Vorschrift, soweit es sich auf dem Kriegsschauplatz aufhält, den Strafvorschriften dieses Gesetzes, insbesondere den Kriegsgesetzen unterworfen. Dieser Umstand verleiht seinen Mitgliedern aber noch nicht die Eigenschaft als Personen des Soldatenstandes (zu vgl. Entsch. des Reichsmilitärgerichts Bd. 19 S. 112 Nr. 33). Auch die von der Heeresverwaltung angezogene Vorschrift des § 1393 Abs. 1 Nr. 2 a. a. O. kann nicht zur Begründung der Versicherungsfreiheit verwertet werden. Danach sind unter der Voraussetzung des Abs. 2 a. a. O. Zeiten, in denen ein Versicherter während einer Mobilmachung oder eines Krieges freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet, als Beitragswochen II. Lohnklasse anzurechnen, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Der Begriff der „militärischen Dienstleistung" wird in der Reichsversicherungsordnung nicht näher bestimmt. Seine Auslegung ist nicht unzweifelhaft, wie das Reichsversicherungsamt zu Beginn des Krieges auf Anfragen aus beteiligten Kreisen wiederholt betont hat. Der Senat hat in einer Entscheidung vom heutigen Tage (II 2537/16) — abgedruckt auf S. 438 ff. unter Ziffer 2187 — angenommen, daß unter „militärischen Dienstleistungen" im Sinne des § 1393 Abs. 1 Nr. 2 nach Zusammenhang und Zweck, Entstehungsgeschichte und Stellung der Vorschrift im Gesetze nur Dienste von Personen des Soldatenstandes zu verstehen sind. Zu diesen gehört aber, wie bereits erörtert, das Personal der freiwilligen Krankenpflege nicht.

Es fragt sich noch, ob der enge Zusammenhang, in dem während des Krieges das Personal der freiwilligen Krankenpflege zu der gesamten Heeresorganisation steht, dazu berechtigt, es hinsichtlich der Versicherung wie Personen des Soldatenstandes zu behandeln. Die freiwillige Krankenpflege ist schon im Frieden als wichtiger Bestandteil des Militärsanitätsdienstes in die staatliche Verwaltung eingefügt (zu vgl. Boethke, Die Rechtsstellung der freiwilligen Kriegskrankenpflege, im Archiv für Militärrecht Bd. I S. 401 ff.). Für den Kriegsfall sind weitere Bestimmungen erlassen, die das Personal fest mit dem Heeresgefüge verbinden. Danach umfaßt die freiwillige Krankenpflege im militärischen Sinne sämtliche freiwilligen Leistungen zur Unterstützung des Kriegssanitätsdienstes und alle bei diesen beteiligten Personen. Die freiwillige Krankenpflege darf keinen selbständigen Körper neben der staatlichen bilden; es wird ihr eine Mitwirkung nur insoweit eingeräumt, als sie dem staatlichen Sanitätsdienst angeschlossen von den Militärbehörden geleitet werden kann. Alle Angehörigen der freiwilligen Krankenpflege haben daher den Anordnungen der Militärbehörde und ihrer zuständigen Vertreter unbedingt Folge zu leisten. Ihre Aufgabe besteht in der Unterstützung des staatlichen Kriegssanitätsdienstes. Die Vorbereitung für diese Kriegsaufgaben, die Sicherung einer schnellen Kriegsbereitschaft ist die wichtigste Aufgabe der freiwilligen Krankenpflege im Frieden. An der Spitze der gesamten freiwilligen Krankenpflege steht — auch im Frieden — der Kaiserliche Kommissar und Militär-Inspekteur der freiwilligen Krankenpflege, der von dem Kaiser ernannt wird, sich im Kriege im Großen Hauptquartiere befindet und im Einverständnis mit dem Chef des Feldsanitätswesens die freiwillige Krankenpflege im Etappengebiete leitet, während die Leitung im Heimatsgebiete dem von dem Kaiser ernannten stellvertretenden Militär-Inspekteur übertragen ist. Weitere Bestimmungen regeln das Vorgesetztenverhältnis. Die Delegierten und das Personal der freiwilligen Krankenpflege beim kriegführenden Heere sind der Militärstrafgerichtsbarkeit und den

Vorschriften des Militärstrafgesetzbuchs, insbesondere den Kriegsgesetzen und der Disziplinar-Strafordnung für das Heer unterworfen. Bei Beschwerden finden die für das Heer erlassenen Bestimmungen über die Beschwerdeführung sinngemäße Anwendung. Das Lazarettpflegepersonal ist in Ausübung der Berufstätigkeit sowie in disziplinarischer Hinsicht den Chefärzten der Lazarette unterstellt. Alle auf dem Kriegsschauplatz und in armierten Festungen zur Verwendung kommenden Personen der freiwilligen Krankenpflege haben in Erkrankungsfällen Anspruch auf unentgeltliche militärärztliche Behandlung, freie Verband- und Arzneimittel und erforderlichenfalls auf unentgeltliche Lazarettbehandlung. Dem im Heimatsgebiete tätigen Personale können die gleichen Vergünstigungen bei nachgewiesener Bedürftigkeit ausnahmsweise gewährt werden. Im übrigen gelten für das auf dem Kriegsschauplatze befindliche Personal die Vorschriften des Gesetzes über die Versorgung der Personen der Unterklassen des Reichsheeres usw. vom 31. Mai 1906 (RGBl. S. 593) und für die Hinterbliebenen das Militärhinterbliebenengesetz vom 17. Mai 1907 (RGBl. S. 214). Die Kriegstätigkeit der freiwilligen Krankenpflege beginnt mit dem Eintreffen des Mobilmachungsbefehls, den der Kaiserliche Kommissar vom Kriegsministerium erhält (zu vgl. Ziff. 1, 7, 8, 11, 18, 28, 33, 75, 73, 74, 84, 143, 152 der Dienstvorschrift für die freiwillige Krankenpflege). Es ist zuzugeben, daß alle diese Vorschriften, und zwar wesentlich im militärischen Interesse, das Personal der freiwilligen Krankenpflege dem Heeresgefüge aufs engste angliedern. Gleichwohl bleibt ein wesentlicher Unterschied insofern bestehen, als das Personal gegenüber der Heeresverwaltung nur ein freies Dienstvertragsverhältnis eingegangen ist. Wie sich aus dem mit Erlaß des Königlich Preußischen Kriegsministeriums vom 25. Mai 1915 Nr. 6113/4. 15. M. A. herausgegebenen Muster einer Verpflichtungserklärung für die Mitglieder ergibt, haben diese sich zur Dienstleistung in der freiwilligen Krankenpflege wahlweise für das Etappengebiet oder das Heimatsgebiet oder für beide für die ganze Kriegsdauer oder für eine bestimmte Anzahl von Monaten zu verpflichten und müssen anerkennen, daß sie in dieser Dienstleistung die Erfüllung eines Vertragsverhältnisses der Heeresverwaltung gegenüber zu erblicken haben. Die Erklärung sieht eine Kündigung für das Mitglied vor, das sich nur verpflichten muß, falls Ersatz notwendig werden sollte, bis zu dessen Eintreffen im Dienste zu bleiben. Im übrigen wird auf die §§ 621, 625 BGB. Bezug genommen. Die Entlassung infolge militärgerichtlicher oder disziplinarer Bestrafung bleibt unberührt. Ebenso bleibt der Heeresverwaltung das Kündigungsrecht unbenommen. Mit Ausnahme der erwähnten und einiger weiterer Einschränkungen, die im militärischen Interesse erforderlich sind, ist hiernach den Mitgliedern der freiwilligen Krankenpflege volle Vertragsfreiheit gewährleistet. Bei diesem grundlegenden Unterschied erscheint es unzulässig, Vorschriften, die für Personen des Soldatenstandes gelten, ohne weiteres auf die hier in Frage kommende Personengruppe auszudehnen. Auch auf dem Gebiete der Militärgesetzgebung findet eine entsprechende Anwendung der für das Heer erlassenen Bestimmungen auf das Personal der freiwilligen Krankenpflege nur auf Grund einzelner ausdrücklicher Vorschriften statt (zu vgl. § 155 des Militärstrafgesetzbuchs, § 44 des Mannschaftsversorgungsgesetzes vom 31. Mai 1906, §§ 17, 18, 29 ff. des Militärhinterbliebenengesetzes vom 17 .Mai 1907). In der Reichsversicherungsordnung fehlen entsprechende Vorschriften, die eine gleiche Behandlung des Personals der freiwilligen Krankenpflege mit den Personen des Soldatenstandes ermöglichten.

Die Schwester Elisabeth R. ist im Etappenlazarette S. in Frankreich beschäftigt. Da der Versicherungszwang grundsätzlich nur alle im Inland verrichteten Arbeiten ergreift, unterliegen im Ausland beschäftigte Personen in der Regel der Versicherungspflicht nicht. Eine Tätigkeit im Ausland kann aber nach der Rechtsprechung auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach Lage des Falles als Teil, Zubehör, Fortsetzung oder Ausstrahlung eines inländischen Betriebs, die beschäftigte Person somit gewissermaßen als im Inland beschäftigt angesehen werden (zu vgl. Ziff. 3 der Anl. für den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 721 ff. und die dort aufgeführten Entscheidungen). Um eine solche Ausstrahlung handelt es sich hier, wo das Personal der freiwilligen Krankenpflege unter einheitlicher Oberleitung ausgesandt ist, je nach Bedarf in das Heimatsgebiet zurückgenommen oder in andere Teile der Etappe versetzt werden kann, auch in Lazarettzügen den Aufenthalt zwischen Ausland und Inland ständig wechselt. Schon an der Undurchführbarkeit müßte der Versuch scheitern, je nach dem Aufenthalte diesseits oder jenseits der deutschen Grenzen die Versicherungspflicht eintreten oder aufhören zu lassen. Beide Schwestern unterliegen hiernach der Versicherungspflicht.

Schließlich war zu prüfen, ob der Albert-Verein in D. oder die Heeresverwaltung als beitragspflichtiger Arbeitgeber zu gelten hat. Beide Schwestern standen zur Friedenszeit im Dienste des Albert-Vereins. Mit Ausbruch des Krieges wurden sie aber ausschließlich der Heeresverwaltung zur Verfügung gestellt. Sie traten zu ihr

in ein Abhängigkeitsverhältnis, indem sie der Dienstvorschrift für die freiwillige Krankenpflege und den weiteren Ausführungsbestimmungen unterworfen wurden, und gingen durch Unterzeichnung der Verpflichtungserklärung ein besonderes Vertragsverhältnis mit der Heeresverwaltung ein. Auch erhalten sie lediglich von ihr den Entgelt für ihre Tätigkeit. Das hat zur Folge, daß für die Zeit ihrer Beschäftigung im Dienste der freiwilligen Krankenpflege allein die Heeresverwaltung als ihr Arbeitgeber anzusehen ist.

Am Erlöse beteiligter Fischer — Gehilfe oder Mitunternehmer?

Entsch. des **Versicherungsamts der Stadt Kiel** vom 9. Mai 1916 (G. III. Str. L. 7).

Der Kläger hat im Jahre 1915, wie in den vorhergehenden Jahren, längere Zeit — etwa vom 28. Mai bis 15. Juli und vom 1. September bis zu seinem hier in Frage stehenden Unfall — mit dem Fischer R. in Kiel zusammen gefischt. Fahrzeug und Fanggerät gehörte dem R.; vom Erlös des Fanges erhielt dieser $^2/_3$, der Kläger $^1/_3$. Von dem für den Bootsmotor verbrauchten Petroleum hatte der Kläger die Hälfte zu tragen, nach seiner Angabe auch vom Oel. Ob, wo und wie gefischt werden sollte, hatte nach übereinstimmender Angabe des Klägers und des R., der letztere zu bestimmen; den Verkauf des Fanges besorgte in der Regel die Ehefrau R. Der Kläger wohnte an Bord des (gedeckten) Bootes, für seine Kost hatte er selbst zu sorgen; über Kündigung war nichts vereinbart. Seine Einnahme aus dem Anteil am Erlöß hat der Kläger auf 50 bis 60 M. die Woche beziffert, während R. sie auf 22 M. angegeben hat. Zu Beiträgen zur Zweiganstalt der Seeberufsgenossenschaft ist nur R. veranlagt; bei der Anmeldung der in seinem Betriebe geleisteten Arbeitstage hat er auch die des Klägers berücksichtigt. Bei der Beklagten hat R. den Kläger nicht angemeldet; nach ihrer Angabe hat er im Jahre 1914 einen in der gleichen Weise, wie der Kläger bei ihm tätigen Fischer angemeldet, sie hat aber die Anmeldung zurückgewiesen, weil Versicherungspflicht nicht vorliege.

Am 3. November 1915 erlitt der Kläger, als das Boot Sturmes halber im Hafen von Bagnkop auf Langeland (Dänemark) lag, einen Unfall. Er forderte von der beklagten Kasse Krankengeld. Diese bestritt den Anspruch, weil sie den Kläger nicht für einen versicherungspflichtigen Gehilfen, sondern für einen selbständigen Mitunternehmer hält.

Das Versicherungsamt hat dem Kläger Krankengeld zugesprochen. Aus den Gründen:

Der Anspruch des Klägers gegen die beklagte Ortskrankenkasse auf Krankengeld hängt zunächst davon ab, ob er auf Grund seiner Tätigkeit bei R. kraft Gesetzes Mitglied der Beklagten gewesen ist. Das trifft dann zu, wenn er bei R. als „Gehilfe" beschäftigt war (§ 165 Nr. 1 RVO.). War er dagegen, wie die Beklagte es will, selbständiger Mitunternehmer, sein Verhältnis zu R. also kein Beschäftigungsverhältnis, sondern eine Art Gesellschaftsverhältnis, so wäre er allerdings wohl versicherungsberechtigt gewesen (§ 176 Nr. 3); von dieser etwaigen Befugnis zu einer freiwilligen Versicherung hat er aber unstreitig keinen Gebrauch gemacht.

Das Versicherungsamt hat die Frage, ob der Kläger auf Grund seiner Tätigkeit dem Versicherungszwang unterlag, bejaht. Die Auffassung der Beklagten, er sei selbständiger Unternehmer gewesen, ist verfehlt. Der Kläger hatte weder Anteil am Boot noch am Fanggerät; ob, wie, wo und wann gefischt werden sollte, bestimmte nicht er, sondern R. allein; den Verkauf des Fangs nahm Ring durch seine Ehefrau vor. Eigenartig und von gewöhnlichen Arbeitsverhältnissen abweichend war allerdings die Art der Entlöhnung, die lediglich in einem Anteil am Erlös aus dem Fang bestand. Das ist aber nicht entscheidend für die Frage, ob Unternehmer oder Gehilfe, kommt vielmehr auch in andern Verhältnissen vor, z. B. bei Provisionsreisenden, wo es sich, vielfach wenigstens, um Angestellte handelt (vgl. Anleitung des RVA. Ziff 61 Abs. 4). Wenn der Kläger damit auch am Rohertrag des Betriebes beteiligt wurde, insofern als dessen Auf und Ab die Höhe seiner Vergütung bestimmt, so bezieht sich doch die eigentliche „wirtschaftliche Gefahr", die zu tragen wesentliches Kennzeichen des Unternehmers ist, auf den Reinertrag, der noch durch andere Faktoren bedingt ist. Hier würde z. B. der Verlust oder die Beschädigung des Bootes, der Segel, des Fanggeräts lediglich R. treffen, der damit die eigentliche Gefahr des Betriebes trägt. Daß der Kläger einen gewissen Anteil am Petroleumverbrauch des Bootes, nach seiner Angabe auch am Oelverbrauch trägt, also auch an einem Betriebskostenfaktor beteiligt ist, weist zwar wieder mehr in die Richtung des Unternehmers, ist aber im Vergleich zu den übrigen Merkmalen nicht wichtig genug, um zu Gunsten einer anderen Auffassung zu entscheiden, zumal da wiederum der Umstand, daß der Kläger an Bord des Bootes wohnte, ihn eher als Fischerknecht kennzeichnet. Das Versicherungsamt sieht daher in diesem Zusammenwirken eines vorberechtigten Bootseigentümers mit einem minderberechtigten Partner, wie es im Fischereibetriebe offenbar nicht selten vorkommt, ein, wenn auch, wie der Beklagten zugegeben sein mag, eigenartiges und lockeres Beschäftigungsverhältnis, bei dem der Partner in wirtschaftlicher Abhängigkeit und persönlicher Unterordnung zum Bootseigentümer steht. Es befindet sich mit dieser Auffassung in Uebereinstimmung mit der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts das für die Invalidenversicherung in zwei ähnlich liegenden Fällen ein Beschäftigungsverhältnis und damit gesetzliche Ver-

sicherungspflicht anerkannt hat (Rev.Entsch. 221, Amtl.Nachr. 1893 S. 66 und Entsch. 1036 Amtl. Nachr. 1903 S. 361).

Ist damit die Mitgliedschaft bei der Beklagten festgestellt, so ist der Anspruch des Klägers begründet. Er ist im Beschäftigungsverhältnis erkrankt und hätte nach den ärztlichen Gutachten bei sachgemäßem Verfahren offenbar sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen sollen; der Anspruch auf Krankenhilfe war mithin schon während der Mitgliedschaft entstanden, so daß es auf die Dreiwochenfrist des § 214 nicht ankommt (vgl. Hoffmann, Kommentar § 182 Anm. 3 Abs. 2). Im übrigen ist sie auf jeden Fall auch gewahrt. Denn im Anschluß an die ärztlichen Gutachten und die bereits unabhängig vom vorliegenden Streitverfahren dem Arzt gemachten Angaben des Klägers nimmt das Versicherungsamt an, daß Arbeitsunfähigkeit des Klägers zwar nicht sofort, aber doch 14 Tage nach dem Unfall, also am 17. November eingetreten ist, weiterhin aber, daß diese Arbeitsunfähigkeit bis zum Ablauf der 13. Woche ununterbrochen fortbestanden hat. Die letztere Annahme ist nach dem ärztlichen Gutachten mit Rücksicht auf die Ernstlichkeit der Erkrankung und die Erheblichkeit der festgestellten Folgen unbedenklich. Die Beklagte hat irgend welche bestimmte Tatsachen über Arbeitsleistung des Klägers währenddessen nicht vorbringen können, so daß die Angabe des Klägers, es habe sich nur um belanglose Arbeitsversuche gehandelt, nicht von der Hand zu weisen ist. Der ärztliche Befund macht es auch in hohem Maße wahrscheinlich, daß der Kläger damals ernstliche Arbeit nur mit Gefahr erheblicher Verschlechterung seines Zustandes zu leisten imstande war, mithin im Rechtssinne noch arbeitsunfähig war (Hoffmann § 182 Anm. 11).

Das Versicherungsamt hat dem Kläger daher Krankengeld für die Zeit vom 17. November 1915 bis zum 2. Februar 1916 zugebilligt, und zwar für jeden in diesen Zeitraum fallenden Werktag; einen Anspruch auf Sonntagskrankengeld als Regel- oder Mehrleistung erachtet es nicht für begründet.

Für die Höhe des Krankengeldes erschien es bei der Unmöglichkeit einer genauen Feststellung des tatsächlichen durchschnittlichen Arbeitsverdienstes des Klägers und mit Rücksicht auf seine Zustimmung unbedenklich für seine Zuteilung zu den Lohnstufen der Beklagten den Ortslohn von 3,80 M. zu Grunde zu legen und ihn demgemäß der Lohnstufe 6 (3,76—4,25) mit dem Grundlohn von 4 M. zuzuweisen, sodaß das regelmäßige Krankengeld 2 M. den Tag beträgt; den Ortslohn selbst unmittelbar als Grundlohn zu benutzen, würde des rechtlichen Anhalts entbehren. Für 64 Werktage ergibt sich demnach ein Betrag von 128 M. Davon gehen jedoch für die 4 Tage Krankenhausaufenthalt 4 M. ab, da der Armenverband für seine Kosten gemäß § 1533 in Verbindung mit § 1506 Ersatz aus dem Krankengeld in Höhe des halben auf diese Tage entfallenden Betrages verlangen kann. Einer förmlichen Entscheidung über den Ersatzanspruch bedurfte es nicht, da die Beteiligten bereit sind, ihn zu befriedigen, wenn der Anspruch des Klägers rechtskräftig festgestellt wird; davon hängt aber, wie auch der Armenverband anerkennt, sein Ersatzanspruch gegen die Beklagte ohne weiteres ab. Unter Berücksichtigung des letzteren sind dem Kläger demnach 128 — 4 = 124 M. Krankengeld zugesprochen worden. Dabei war zu beachten daß eine Erhöhung des Krankengeldes auf $^2/_3$ des Grundlohns (sog. Unfallzuschuß §§ 573, 1083 RVO.) hier nicht in Frage kam; bei Verletzten, die zur Zweiganstalt gehören, sind die vorgenannten Vorschriften nicht anwendbar (§ 1087 Abs. 1), vielmehr ist lediglich Krankenhilfe nach den allgemeinen Vorschriften der Krankenversicherung zu leisten, mag nun, wie bei dem nicht gegen Krankheit versicherten selbständigen Fischer, die Gemeinde (§ 1087 Abs. 2), mag, wie hier, für den kraft Gesetzes versicherten Gehilfen die zuständige Krankenkasse leistungspflichtig sein (§ 1088 Abs. 1). Daß § 1088 Abs. 2 dem Kläger nicht verwehrt, sich unmittelbar an die verpflichtete Krankenkasse zu halten, versteht sich von selbst.

Demnach war, wie geschehen, zu entscheiden.

Parteikosten aufzuerlegen (§ 1670) lag kein Anlaß vor, zumal dem Kläger, dessen persönliches Erscheinen im Verhandlungstermin angeordnet war, Zeitverlust gemäß § 1669 vergütet worden ist.

Gegen diese Entscheidung steht den Beteiligten binnen einem Monat nach ihrer Zustellung die Berufung an das Königliche Oberversicherungsamt in Schleswig zu. Sie ist beim Versicherungsamt einzulegen (§ 1680). Das Oberversicherungsamt legt dem unterliegenden Teil eine Gebühr auf (§ 1803).

B. Zur Krankenversicherung.

Dienstvergehen der „unteren" Kassenbeamten.

Erlaß der **preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw.** (an die Oberversicherungsämter) vom 25. Mai 1916 (HMBl. S. 161).

Auf Grund des § 3 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzes, betreffend die Dienstvergehen der Beamten der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen, vom 11. Mai d. J. (Ges.Saml. S. 96) übertragen wir den allgemeinen Oberversicherungsämtern die Entscheidung darüber, welche der im § 1 des Gesetzes bezeichneten Krankenkassenbeamten als „untere Kassenbeamte" im Sinne des § 3 Abs. 2 anzusehen sind. Die Entscheidung ist auf alle Beamtenstellen zu erstrecken und in das für die Kasse erlassene Regulativ aufzunehmen.

Bei der Abgrenzung des Kreises der in Betracht kommenden Beamten ist zu beachten, daß als „untere Kassenbeamte" im Sinne des vorerwähnten Gesetzes nicht etwa lediglich die unteren Beamten in der Bedeutung des § 15 Nr. 4 des Disziplinargesetzes vom 21. Juli 1852 gelten sollen. Das Gesetz vom 11. Mai d. J. will nämlich unter „unteren Kassenbeamten" solche Beamten verstanden wissen, die nicht zu den Kassenbeamten in gehobenen Stellungen gerechnet werden können. Daher gehören jedenfalls die Geschäftsleiter (§ 359 Abs. 2 RVO.) nicht zu den „unteren Kassenbeamten"; andererseits fallen die vorwiegend mechanische Dienste versehenden Beamten stets unter diesen Begriff. Für die Zuteilung der übrigen Kassenbeamten lassen sich wegen der großen Verschiedenheiten, welche Umfang und Einrichtung der Kassenverwaltungen aufweisen, keine bestimmten Regeln aufstellen. Das Oberversicherungsamt muß vielmehr nach Anhörung des Kassenvorstandes die Entscheidung nach den bei der einzelnen Kasse bestehenden Verhältnissen treffen. Dabei wird es grundsätzlich daran festzuhalten haben, daß die Eigenschaft der „unteren Kassenbeamten" nicht den Inhabern solcher Stellen beizulegen ist, welche nach der Vorbildung, die diese Stellen erfordern, nach der Höhe des Gehalts oder aus sonstigen Gründen als gehobene gegenüber anderen Stellungen im Dienste der Kasse bezeichnet werden müssen.

Befugnis zur Anfertigung einer Entscheidung über Gültigkeit einer Vorstandswahl.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 18. Dezbr. 1915 (2182 Amtl. Nachr. 1916 S. 431).

Nach § 33 RVO. entscheidet das Versicherungsamt über die Gültigkeit von Wahlen in erster Instanz, und zwar kraft seines Aufsichtsrechts auch von Amts wegen. Eine auf Grund dieser Vorschrift ergangene Entscheidung ist aber nicht von jedermann anfechtbar, der an dem Ausgang der Wahl irgendein Interesse hat. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 1845 (Amtl. Nachr. 1914 S. 515) ausgesprochen hat, steht ein Beschwerderecht nach §§ 1791 ff. grundsätzlich nur den Beteiligten zu. Als Beteiligter gilt insoweit nicht schon ein jeder, auf den der Ausgang einer Sache günstig oder ungünstig zurückwirkt, und insbesondere bei Wahrnehmung öffentlicher Interessen nicht jeder Angehörige des davon erfaßten Personenkreises, sondern nur, wer nach dem Gesetze sie zu vertreten berechtigt ist. Hiernach können als Beteiligte regelmäßig nur solche Personen gelten, deren rechtliches Interesse durch die Entscheidung betroffen, in deren Rechte unmittelbar eingegriffen wird (zu vgl. auch Hahn in der Monatsschr. für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 1915 Sp. 37 ff., insbesondere 38 f., 44). Das trifft bei einer Wahl des Kassenvorstandes, abgesehen von dem zur Vertretung der Kasseninteressen berechtigten Organe der Kasse, nur zu auf die Wahlberechtigten, das sind die der betreffenden Gruppe angehörenden Mitglieder des Ausschusses. Nicht aber kann jeder bei der Kasse beteiligte Arbeitgeber, der nicht zugleich Mitglied des Ausschusses ist, eine Entscheidung des Versicherungsamts über die Gültigkeit einer Wahl im Rechtszug anfechten. Vielmehr erschöpft sich die Befugnis eines solchen Arbeitgebers, der mit dem Wahlergebnis nicht zufrieden ist, in der Möglichkeit, bei der Aufsichtsbehörde eine Nachprüfung der Gültigkeit der Wahl von Amts wegen (§§ 33, 24) anzuregen. Hiernach war der Antragsteller O. zu einer Anfechtung der Entscheidung des Versicherungsamts durch Rechtsbeschwerde nach § 1791 nicht befugt.

Auch die weitere Annahme des Oberversicherungsamts, daß es von Amts wegen zur Nachprüfung der Gültigkeit der fraglichen Wahl berechtigt und verpflichtet sei, entbehrt der rechtlichen Begründung. Aufsichtsbehörde über die Krankenkassen ist nach § 377, von den daselbst angeführten Ausnahmevorschriften der §§ 372 bis 375 abgesehen, das Versicherungsamt. Nur dieses ist zur Nachprüfung der Gültigkeit einer Wahl von Amts wegen berechtigt und verpflichtet (§ 33). Das Oberversicherungsamt vermag seinerseits Aufsichtsrechte nur dann auszuüben, wenn es auf Grund einer rechtsgültig eingelegten Beschwerde im Rechtszug mit der Sache befaßt wird (zu vgl.

Begr. zum Entwurf S. 221; Hanow in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angest.-Vers. 1915 Sp. 252 ff., insbesondere Sp. 256). Da aber der Antragsteller O., wie oben ausgeführt, zur Einlegung der Beschwerde nicht berechtigt war, so konnte das Oberversicherungsamt auch in eine sachliche Prüfung der Beschwerde nicht eintreten. Nach allebem war die angefochtene Entscheidung aufzuheben.

Der Vorsitzende wird durch eine dem § 5 Abs. 3 entsprechende Bestimmung der Satzung nicht zur Festsetzung von Strafen gegen Mitglieder ermächtigt.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. Dezbr. 1915 (2186 Amtl. Nachr. 1916 S. 437).

§ 529 Abs. 1 RVO. schreibt vor, daß gegen einen Versicherten, der die Krankenordnung oder die Anordnungen des behandelnden Arztes übertritt, der Vorstand der Kasse Strafen bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden Uebertretungsfall festsetzen kann. Darnach ist durch das Gesetz nur der Vorstand zur Verhängung von Strafen berufen. Allerdings kann nach § 5 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung die Satzung bestimmen, daß auch einzelne Vorstandsmitglieder den Versicherungsträger vertreten können. Die Frage, ob die Satzung auch die durch § 529 Abs. 1 dem Vorstand eingeräumte Strafbefugnis einem einzelnen Vorstandsmitglied übertragen darf, kann hier dahingestellt bleiben, weil die Satzung der Kasse eine solche Bestimmung nicht enthält. Mit Unrecht leitet der Vorstand eine solche Ermächtigung aus § 50 Satz 1 und § 51 der Satzung her. § 50 Satz 1 der Satzung lautet: „Die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung der Kasse wird, vorbehaltlich des § 58 Abs. 2, von dem Vorsitzenden oder seinem Stellvertreter wahrgenommen." § 51 der Satzung bestimmt insbesondere, daß der Vorsitzende die Kasse in einer Reihe von Fällen, in denen es sich ganz überwiegend um Beziehungen der Mitglieder zur Kasse handelt, vertritt. Unter diesen einzeln aufgeführten zehn Fällen ist eine Vertretung hinsichtlich der Verhängung von Strafen nicht aufgeführt. Es bleibt also nur zu prüfen, ob die dem Vorsitzenden übertragene gerichtliche und außergerichtliche Vertretung die Befugnis zur Strafverhängung einschließt. Unter der „gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretung" im Sinne des die Stellung des Vereinsvorstandes ordnenden § 26 Abs. 2 BGB. und demgemäß auch im Sinne des dieser Vorschrift nachgebildeten § 5 Abs. 1 RVO. (zu vgl. Begr. S. 36) ist nur die Vertretung nach außen zu verstehen. Durch sie soll die Teilnahme am Rechtsleben ermöglicht werden (zu vgl. Planck, Kommentar zum Bürgerl. Gesetzb. Anm. 3 zu § 26; Hanow, Kommentar zur RVO. I Anm. 5 und 6 zu § 5; Düttmann und andere, I Anm. 1 zu § 5; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 und 6 zu § 5 RVO. Daraus ergibt sich, daß das Verhältnis nach innen, insbesondere die Beziehungen zwischen dem Vorstand und den Mitgliedern durch die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung nicht berührt werden. Hierfür sind vielmehr die besonderen Vorschriften im Gesetz und die einzelnen Bestimmungen der Satzung maßgebend.

Da nach den vorstehenden Darlegungen weder das Gesetz, noch die Satzung dem Vorsitzenden eine Strafbefugnis einräumt, so ist er nicht ermächtigt, an Stelle des nach § 529 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung berufenen Vorstandes Strafen zu verhängen. Verhängte er gleichwohl Strafen, so lag ein Verstoß gegen das Gesetz vor. Gegen ihn richtet sich die beanstandete Anordnung des Versicherungsamts. Sie stellt somit keinen unberechtigten Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Kasse dar, sondern war nach der Sachlage geboten, da es nach den §§ 30 und 377 Recht und Pflicht des Versicherungsamts ist, die Beobachtung von Gesetz und Satzung durch die Krankenkassen zu überwachen.

Die gegen diese Anordnung eingelegte Beschwerde ist daher mit Recht vom Oberversicherungsamte zurückgewiesen worden.

C. Zur Unfallversicherung.

Versicherungspflicht der Betriebe der künstlerisch gebildeten Architekten.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 26. Novbr. 1915 (2864 Amtl. Nachr. 1916 S. 409).

Der Standpunkt, den das Reichsversicherungsamt hinsichtlich der Versicherungspflichtigkeit der Betriebe der Architekten seither eingenommen hat, trifft auch nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung noch zu. Die von dem Wortlaut des § 1 Abs. 1 Nr. 2 GUVG. (Gewerbebetriebe, welche sich auf die Ausführungen von .... Bauarbeiten erstrecken) abweichende Fassung des § 537 Abs. 1 Nr. 3 RVO. (Gewerbebetriebe, in denen Bauarbeiten ausgeführt werden) ist als erhebliche Aenderung nicht zu betrachten. Weder die Begründung zum Entwurfe der Reichsversicherungsordnung noch die Kommissionsberatungen ergeben Anhaltspunkte dafür, daß durch die veränderte Fassung der Reichsversicherungsordnung eine Aen-

derung des bisherigen Rechtszustandes herbeigeführt werden sollte. Hätte dies der Gesetzgeber beabsichtigt, dann hätte er es in der Begründung des Gesetzes zum Ausdruck gebracht. Der Unterschied in der Fassung hat nur sprachliche Bedeutung (zu vgl. Moesle-Rabeling, Anm. 28 zu § 537).

Das Reichsversicherungsamt hat niemals verkannt, daß die Haupttätigkeit der eigentlichen Architekten, nämlich der Entwurf von Bauzeichnungen und der Beirat zu Bauausführungen, eine künstlerische ist. Es hat aber dieser Tatsache für die Frage der Unfallversicherungspflicht keine entscheidende Bedeutung beilegen können. Denn selbst wenn anerkannt wird, daß die künstlerischen Berufe an sich keinen Gewerbebetrieb im Sinne des § 537 darstellen, so folgt hieraus nur, daß Betriebe, die sich ausschließlich auf künstlerische Arbeiten der genannten Art erstrecken, der Versicherungspflicht nicht unterliegen. Derartige Betriebe sind von der Berufsgenossenschaft überhaupt nicht zur Mitgliedschaft herangezogen worden. Die Versicherungspflicht soll vielmehr erst eintreten, wenn ein Architekt im Rahmen seiner Berufstätigkeit, für die in der Hauptsache künstlerische Gesichtspunkte maßgebend sein mögen, Arbeiten vornimmt, die zu denen des Baugewerbes gehören. Dieser Fall ist gegeben, sobald dem Architekten die Leitung oder Ueberwachung einer Bauausführung übertragen wird. Denn alsdann übt er nicht eine rein künstlerische Tätigkeit aus, sondern eine solche, die in das technische, gewerbliche Leben übergreift. Er hat dann die Bauarbeiten auch vom technischen Standpunkt aus zu überwachen und ist für die Bauausführung gewerblich mit verantwortlich. Es handelt sich in diesem Falle um einen gemischten, nicht ausschließlich künstlerischen, sondern auch technischen Betrieb. Bei Betrieben dieser Art geht es nicht an, sie allein wegen der auf seiner künstlerischen Betätigung beruhenden Stellung des Architekten als Gewerbebetriebe nicht anzusehen. Vielmehr fallen sie unter den Begriff „Gewerbebetrieb" im Sinne des § 537. Eine einschränkende Auslegung dieses Begriffs zu Gunsten von Betrieben, die zu einem immerhin erheblichen Teile sich auf der Baustelle innerhalb des Gefahrenbereichs des Baues abspielen, würde Sinn und Zweck des Gesetzes widersprechen.

Steht fest, daß in dem Betrieb eines künstlerisch gebildeten Architekten versicherungspflichtige Bauarbeiten ausgeführt werden, so unterliegt er, abgesehen von den Arbeiten der kaufmännischen Angestellten, seinem ganzen Umfang nach der Versicherungspflicht.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht eines Hilfsschreibers bei einem preuß. Amtsgericht.

Beschluß des **Oberschiedsgericht für Angestelltenversicherung** vom 24. November 1915 (P. 33/16).

Daß Sch. in seinem Anstellungsverhältnis bei dem Amtsgericht Bureauangestellter ist und diese Beschäftigung seinen Hauptberuf bildet, ist nicht zu bezweifeln und auch von keiner Seite bestritten. Streitig ist nur, ob er als Hilfsschreiber mit „lediglich mechanischen Dienstleistungen" beschäftigt ist. Dies ist in Uebereinstimmung mit den Vorinstanzen zu verneinen. Wie das Oberschiedsgericht in seinen grundsätzlichen Entscheidungen Nr. 3, 9, 21 (AVN. 1914 S. 100, 211; 1915 S. 20) an der Hand der Entstehungsgeschichte des Gesetzes des näheren dargelegt hat, sollen die mit schriftlichen Arbeiten beschäftigten in weitem Umfang in den Kreis der nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtigen Personen einbezogen werden; nur diejenigen Schreiber, welche lediglich mit reinen Abschreibarbeiten befaßt werden, sollen dem Versicherungszwange nicht unterworfen sein. Den hiervon abweichenden Darlegungen von Lindemann in der Deutschen Juristen-Zeitung 1915 S. 955 ff. kann nicht beigetreten werden. Allerdings ist bei der Beratung des Gesetzes der Antrag abgelehnt worden, alle mit schriftlichen Arbeiten beschäftigten Bureauangestellten für versicherungspflichtig zu erklären. Im Anschluß daran ist aber deutlich zum Ausdruck gebracht worden, daß nur die mit reinen Abschreibarbeiten beschäftigten Personen nicht versicherungspflichtig sein sollten. Sch. hat nun nicht etwa nur Abschriften nach Vorlagen angefertigt, sondern er hat auch eine Reihe von Arbeiten geleistet, die ein nicht unerhebliches Maß von Ueberlegung und Aufmerksamkeit erfordern. Hierzu gehört die Ausfüllung einer Reihe von Formularen, so z. B. von Ladungen der Parteien und der Zeugen, von Mitteilungen der Kostenfestsetzungen, sowie ferner die Herstellung von Ausfertigungen der Anerkenntnis- und Versäumnisurteile. Bei dem Ausfüllen solcher verschiedenartiger Formulare muß sich der Hilfsschreiber die nötigen Unterlagen aus verschiedenen Stellen der Akten zusammensuchen und dabei darauf achten, daß er den Vordruck zutreffend und sinngemäß ausfüllt. Es handelt sich also nicht um mechanische Schreibarbeiten, die mit einer reinen Abschreibetätigkeit auf eine Stufe zu stellen wären, mögen auch die Arbeiten keine besonderen Schwierigkeiten bieten. Auch in-

soweit kann daher den Ausführungen von Lindemann a. a. O. S. 958, 959 nicht gefolgt werden (zu vgl. Hagen, Deutsche Juristen-Zeitung 1915 S. 1224 ff., der ebenfalls in Schreibarbeiten der hier in Rede stehenden Art keine lediglich mechanischen Dienstleistungen erblickt). Ist sonach Sch. nicht ausschließlich mit mechanischen Abschreibarbeiten beschäftigt, so unterliegt er gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte der Versicherungspflicht. Hieran würde auch nichts geändert, wenn etwa die mechanischen Abschreibarbeiten die nicht mechanischen schriftlichen Arbeiten an Umfang und Zeitaufwand überwiegen würden (zu vgl. die grundsätzliche Entscheidung des Oberschiedsgerichts Nr. 46, AVN 1915 S. 186).

Allerdings wird in der Allgemeinen Verfügung des Preußischen Justizministers vom 9. Dezember 1912 (Justiz-Ministerialblatt S. 409) ein gegenteiliger Standpunkt vertreten. Dort werden nämlich ganz allgemein die Hilfsschreiber bei Preußischen Justizbehörden für versicherungsfrei mit der Begründung bezeichnet, daß sie mit lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt würden. Die Preußische Justizverwaltung geht also anscheinend von der Annahme aus, daß kein Hilfsschreiber bei Preußischen Justizbehörden Arbeiten verrichte, die über den Rahmen bloßer Abschreibarbeiten hinausgingen. Darauf deutet auch hin das in dieser Allgemeinen Verfügung erlassene Verbot, die Hilfsschreiber dauernd zur Entlastung der Gerichtsschreiber oder Sekretäre heranzuziehen. Im vorliegenden Falle ist aber der Hilfsschreiber Sch., wie die obigen Darlegungen ergeben, tatsächlich in nicht unerheblichem Umfang mit Arbeiten befaßt worden, die, wie die Ausfüllung der Formulare auf Grund der kurzen Verfügungen des Gerichtsschreibers keineswegs mechanischer Art waren.

Deshalb ist seine Versicherungspflicht zu bejahen, mag dieses Ergebnis auch praktisch in solchen Fällen unerwünscht sein, in welchen ein Angestellter etwa später in eine Stellung einrücken sollte, die ihm Pensionsbezüge gewährleistet, also eine Fürsorge auf Grund des Versicherungsgesetzes für Angestellte unnötig macht.

Sprechsaal.

Das Einrücken der Ersatzmänner zu den Krankenkassenorganen.

Die amtliche Muster-Wahlordnung für die Krankenkassenorgane enthält einige „Schönheitsfehler", die immer deutlicher hervortreten. Sie mögen daraus erklärlich sein, daß wenig Erfahrungen in der Anwendung der Verhältniswahl vorlagen. Nachdem aber die Mängel erkannt sind, sollte mit ihrer Beseitigung nicht gezögert werden.

Nach den §§ 64 und 79 Abs. 9 der amtlichen Mustersatzung für Allgemeine Ortskrankenkassen müssen für den Ausschuß und Vorstand „doppelt so viele Ersatzmänner vorhanden sein, wie Vertreter zu wählen sind." Für die Wahl dieser bestehen zwei Möglichkeiten: entweder sie werden dem einzureichenden einheitlichen Wahlvorschlag im Anschluß an die als Vertreter gewählten Bewerber entnommen, oder sie werden durch gesonderte Wahlvorschläge gewählt. Die amtliche Muster-Wahlordnung wählt den ersten Weg. Ihr § 19 bestimmt: „Lehnen gewählte Personen die Wahl mit Erfolg ab, scheiden sie während der Dauer der Wahlzeit aus oder werden sie ihres Amtes enthoben (§ 24 RVO.), so rücken die auf dem gleichen Wahlvorschlage gültig vorgeschlagenen, noch nicht gewählten Bewerber in der im § 18 bestimmten Reihenfolge als Ersatzmänner ein. Ist der Wahlvorschlag erschöpft, so werden die Sitze der erforderlichen Ersatzmänner auf die anderen Wahlvorschläge, auf denen noch nicht gewählte Bewerber gültig vorgeschlagen sind, nach den Vorschriften des § 17 verteilt." — Wenn hier die Ersatzmänner als „noch nicht gewählte Berwerber" bezeichnet werden, so soll (Entsch. des RVA. vom 25. April 1914, Arb.Vers. 1914 S. 640) „lediglich ausgedrückt werden, daß bei Feststellung des Wahlergebnisses bestimmte Bewerber als gewählte Ersatzmänner nicht zu bezeichnen sind." Dieser Mangel bestimmter Grenzen entspricht schon nicht dem § 79 Abs. 9 der amtlichen Mustersatzung, nach dem eine genau bezeichnete Zahl von Ersatzmännern zu wählen ist. Noch unverständlicher ist der zweite Satz des § 19 der Wahlordnung. Nach ihm sollen in gleichfalls ganz unbeschränkter Weise die Sitze der erforderlichen Ersatzmänner auf die „anderen Wahlvorschläge", auf denen noch nicht gewählte Bewerber gültig vorgeschlagen sind, verteilt werden. Zunächst scheint diese Vorschrift mit § 15 RVO. nicht im Einklang zu stehen, nach dem die Vertreter von den Wählern „gewählt" werden müssen. Es kann kommen, daß auf dem bezeichneten Wege Personen in den Ausschuß und in den Vorstand eintreten, für die vielleicht nicht eine einzige Stimme abgegeben worden ist. Die Entnahme der Ersatzmänner aus verschiedenen Wahlvorschlägen nach Zufälligkeiten steht auch mit den Grundsätzen des Verhältniswahlrechts im Widerspruch, nach dem in der zu wählenden Körperschaft alle Meinungsrichtungen unter den Wählern vertreten sein sollen. Die hier festgelegte Praxis begünstigt nur einseitig die kleinen Wählergruppen (Parteien), die — wenn sie bei der Wahl die voll erforderliche Zahl von Bewerbern vorschlugen — nicht so schnell in die Lage kommen, Ersatzmänner nicht mehr zu besitzen und den bei anderen Parteien entstandenen Bedarf somit reichlich decken können.

Es ist dem unverständlichen Satz 2 schon die Auslegung gegeben worden, daß er nur für die Wahl Anwendung habe und nur dem Zwecke diene, die erforderliche (doppelte) Zahl der Ersatzmänner überhaupt zusammenzubringen. Sei die Wahl erledigt und die erforderliche Zahl der Ver-

treter und Ersatzmänner bestellt, so werde entsprechend dem § 19 Satz 1 verfahren. Nach der Wahl könne auf überhaupt Weggefallene, d. h. nicht gewählte Vertreter und Ersatzmänner nicht mehr zurückgegriffen werden. Mit Rücksicht auf den Wortlaut des § 19 der Wahlordnung läßt sich diese Anschauung jedoch nicht aufrecht erhalten. In der Volkst. Ztschr. f. prakt. Arbeiterverf. 1916 S. 111 wird die Ansicht vertreten, daß der § 19 Abs. 2 überhaupt ungültig sei. Da er ein Verstoß gegen § 15 RVO. sei, könne gemäß § 326 Abs. 1 RVO. das Oberversicherungsamt zu einem Einschreiten angerufen werden. Seien schon Vertreter nach § 19 Abs. 2 der amtlichen Wahlordnung eingerückt, so sei Streit bei der Aufsichtsbehörde anhängig zu machen.

Die erörterte Vorschrift hat aber auch noch einen anderen Mangel. Kommt nämlich durch Verständigung der einzelnen Parteien („Burgfrieden") nur ein einziger Wahlvorschlag zur Einreichung, so daß eine Wahl überhaupt nicht stattfindet (§ 10 der Muster-Wahlordnung), so kann nicht erreicht werden, daß überhaupt für einen ausscheidenden Vertreter ein Ersatzmann der gleichen Partei eintritt. Sind die Wählergruppen etwa gleich stark, so werden im Falle einer solchen Verständigung bei Aufstellung des Wahlvorschlages die Sitze in der Regel in abwechselnder Reihe verteilt, ebenso die Ersatzleute bis zum Ende der Liste. Da die Wahrscheinlichkeit eines Ausscheidens bei den Vertretern der verschiedenen Parteien etwa gleich ist, wird damit erreicht, daß die nachrückenden Ersatzleute mit geringen Verschiebungen wieder der gleichen Richtung wie die Ausgeschiedenen angehören. Wenn aber einer starken Mehrheitsgruppe eine schwache Minderheit gegenübersteht, sind große Verschiebungen unausbleiblich. Eine kleine Minderheit wird auf diesem Wege durch das Ausscheiden eines Vertreters fast immer um einen Sitz, oft sogar um jede Vertretung und Verbindung gebracht. Diese Einrichtung ist jedenfalls der Aufstellung gemeinsamer Wahlvorschläge nicht zuträglich und führt dazu, daß die einzelnen Parteien Wahlkämpfe herbeiführen, auch wenn sonst keine zwingende Notwendigkeit dazu vorliegt.

Die hier dargelegten Mängel der Wahlordnung haben in der Praxis schon unerwünschte Folgen gehabt. Der Krieg und sonstige Gründe brachten ein großes Ausscheiden und damit einen großen Wechsel der Vertreter in den Krankenkassenorganen. Dadurch haben viele dieser Körperschaften ein ganz anderes Gesicht bekommen, so daß schon der Vorschlag gemacht worden ist, die weiter noch ausstehenden und durch den Krieg nur unterbrochenen Vertreterwahlen für die Versicherungsbehörden usw. nicht von diesen „Rumpfparlamenten" vornehmen zu lassen (Arbeiterrechtsbeilage des Correspondenzblatt 1916 S. 44).

Dem Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen ist schon anfänglich der § 19 der amtlichen Wahlordnung bedenklich erschienen, und er schlägt in seiner Musterwahlordnung die getrennte Wahl von Ersatzmännern mit folgender Fassung des § 19 vor:

„Für die Ersatzmänner werden gleiche Wahlvorschläge aufgestellt wie für die ordentlichen Mitglieder und es gelten für ihre Wahl die gleichen Bestimmungen wie für jene. Die Namen der zur Wahl als Ersatzmänner vorgeschlagenen Personen werden unter besonderer Kenntlichmachung sowohl auf den Wahlvorschlägen als auf den Stimmzetteln nach den zur Wahl als ordentliche Vertreter Vorgeschlagenen aufgeführt. Sie können auch in beiden Gattungen vertreten sein. Werden sie als ordentliche Vertreter gewählt, so scheiden sie auf der Liste der Ersatzmänner ohne weiteres aus."

Diese Einrichtung vermeidet allerdings die hauptsächlichsten Härten des § 19 der amtlichen Wahlordnung und den sonst bei gesonderter Wahl der Ersatzmänner üblichen Mißstand, daß geeignete Personen, die als wirkliche Vertreter vorgeschlagen werden, aber wegfallen, auch als Ersatzmänner verloren gehen, da sie gestattet, daß Bewerber gleichzeitig als Vertreter und Ersatzmänner vorgeschlagen werden. Immerhin ist auch diese Regelung noch keine empfehlenswerte. Die getrennte Wahl von Ersatzmännern bereitet allseitige Schwierigkeiten und gestaltet die ohnehin umständliche Verhältniswahl nur noch verwickelter. Sodann besitzt sie den schon gekennzeichneten Mangel der amtlichen Wahlordnung, daß bei gemeinsamen Wahlvorschlägen die Ersatzleute mechanisch der Reihe nach einrücken ohne Bedacht darauf, ob sie der gleichen Partei wie die Ausgeschiedenen angehören.

Es ist daher nötig, eine Fassung zu finden, die alle diese Fehler vermeidet. Wir glauben, daß dies in folgendem Wortlaut geschieht:

„§ 19. Nachdem jedem Wahlvorschlag die erforderliche Zahl von Vertretern entnommen ist, werden die Ersatzmänner (§ 79 Abs. 9 der Satzung) festgestellt. Die auf die Reihe der Vertreter folgenden Bewerber gelten als 1. Ersatzmänner. Ihre Zahl ist so groß wie die der Vertreter. Die auf die Reihe dieser folgende gleiche Zahl von Bewerbern gelten als 2. Ersatzmänner. Die noch weiter auf der Liste verzeichneten Bewerber scheiden als nicht gewählte Personen gänzlich aus.

Die Einziehung der Ersatzmänner geschieht in der Weise, daß für den ersten Vertreter der 1. Ersatzmann aus der Reihe der ersten Ersatzmänner und, wenn auch dieser ausscheidet, dafür der 1. Ersatzmann aus der Reihe der zweiten Ersatzmänner eingezogen wird. In gleicher Weise ist beim Ausscheiden des 2. Vertreters der 2. Ersatzmann aus der Reihe der ersten Ersatzmänner und bei dessen Ausscheiden der 2. Ersatzmann aus der Reihe der zweiten Ersatzmänner einzuziehen. Beim Ausscheiden der übrigen Vertreter ist in entsprechender Weise zu verfahren."

Diese Einrichtung vermeidet die getrennte Ersatzmännerwahl und regelt in einer dem Sinne der Verhältniswahl gerecht werdenden Weise das Einrücken der Ersatzmänner. Beim Aufstellen gemeinsamer Wahlvorschläge ist leicht die Anordnung der Bewerber so zu treffen, daß beim Ausscheiden eines Vertreters der Ersatzmann der gleichen Partei eintritt.

Es dürfte sich empfehlen, bis zu den nächsten Vertreterwahlen, die im Jahre 1917 stattzufinden haben, eine entsprechende Aenderung der Wahlordnung vorzunehmen. Die Wahlordnung ist ein Teil der Satzung; ihre Aenderung ist demzufolge unter den gleichen Formen vorzunehmen wie die der Satzung. Die einschlägigen Beschlüsse des Ausschusses unterliegen der Genehmigung des Oberversicherungsamtes.

Friedrich Kleeis in Halle a. S.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Reichswochenhilfe vor dem Reichstag.

Gelegentlich der Beratung des Reichshaushaltplans für das Rechnungsjahr 1916 (Gehalt des Staatssekretärs) im Reichstag Ende Mai kamen auch wieder eine Reihe sozialpolitischer Fragen zur Erörterung. Sie bezogen sich mehrfach auf unsere soziale Versicherung und besonders auch auf die Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge. Die sozialdemokratische Arbeitsgemeinschaft beantragte (Resolution Nr. 294):

die verbündeten Regierungen zu ersuchen, einen Gesetzentwurf vorzulegen, wodurch Mutter- und Säuglingsschutz, sowie die Geburtshilfe allgemein reichsgesetzlich geregelt werden.

Die nationalliberale Partei beantragte (Resolution Nr. 308):

den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, einen Gesetzentwurf dem Reichstag zur Beschlußfassung vorzulegen, durch den die Leistungen der für die Kriegszeit eingerichteten Reichswochenhilfe zu Regelleistungen der Krankenversicherung gemacht werden.

Das Zentrum stellte folgenden Antrag (Resolution Nr. 309):

Die Anträge Nr. 294 und 308 einem besonderen Ausschusse zu überweisen, mit dem Auftrage, neben den in den Anträgen angeregten Forderungen auch noch sonstige Maßnahmen in Gesetzgebung und Verwaltung (Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; Ausbau der Reichsversicherung, der Beamtenbesoldung, des Wohnungsgeldzuschusses, der Hinterbliebenenfürsorge, der Steuergesetzgebung usw. im Sinne einer besonderen Berücksichtigung der kinderreichen Familien u. a.) vorzuberaten, die geeignet sind, dem bedrohlichen Geburtenrückgang entgegenzuwirken.

In der Aussprache wurde u. a. von Abg. Bassermann (natl.) ausgeführt, daß die prinzipielle Regelung des Mutter- und Säuglingsschutzes wünschenswert sei. Sie sei ein Mittel gegen den Geburtenrückgang. Abg. Hitze (Z.) sagte, daß wir bei dem Mutter- und Säuglingsschutz wohl einig im Ziele seien, doch könnten diese Fragen kaum durch ein Reichsgesetz geregelt werden. Das Wettlaufen der Parteien mit einer möglichst großen Zahl sozialpolitischer Anträge habe keinen Zweck. Im übrigen fand er wie auch der Abg. Bartschat (Vp.) noch sehr warme Worte für die Ausgestaltung des Mutterschutzes.

Umfangreiche Ausführungen zu der Frage machte der Abg. Kunert (Soz. Arbg.). Es seien in Deutschland viel zu wenig Hebammen vorhanden. Ueber 100 000 Frauen gebären jährlich in Deutschland ohne jede Hilfe. Vor kurzem starben jährlich noch 400 000 Säuglinge; die Zahl ist auf 300 000 zurückgegangen und wird vielleicht weiter zurückgehen. Das wesentlichste ist aber, daß etwa 50 % dieser Todesfälle vermeidbar sind. Natürlich würde die Reichswochenhilfe Millionen kosten, aber die volkswirtschaftlichen Vorteile würden nach Milliarden zu berechnen sein. Die neue Methode, die Schmerzen bei der Entbindung zu lindern, ohne die Mutter und das Kind zu schädigen, sollte eingehend auf ihre Bedeutung geprüft werden. Er bitte das Reichsgesundheitsamt um Vorlegung einer Statistik darüber, wieviel Kriegerfrauen ihre Kinder selbst gestillt haben, auf Grund der Zahlenergebnisse der Reichswochenhilfe.

Hierauf antwortete der Präsident des Reichsgesundheitsamts Dr. Bumm: „Noch nie ist in einem Kriege die Zivilbevölkerung so wenig von Seuchen heimgesucht worden, wie in diesem. — Die Kindersterblichkeit ist im Laufe der letzten 10 Jahre erheblich herabgegangen, die Sterblichkeit der in der Entbindung sterbenden Frauen hat leider keine Verminderung erfahren. Das hängt jedenfalls mit der Zunahme der Abtreibung unter Mitwirkung unsachverständiger Hände zusammen. Die Notwendigkeit einer reichsgesetzlichen Regelung des Hebammenwesens hat der Bundesrat nicht anerkannt, doch sind einheitliche Grundsätze über die Ausbildung der Hebammen zur Vorlegung an die Landesregierungen ausgearbeitet. Diese Vorlegung ist durch den Krieg vorläufig verhindert worden. Die Angriffe des Vorredners gegen Preußen sind unberechtigt, gerade der preußische Minister des Innern ist augenblicklich mit einer großzügigen systematischen Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit befaßt."

Von den übrigen Rednern zu dem Gegenstand hob Abg. Fischer-Hannover (Soz.) hervor, daß die Ortskrankenkasse auf dem Gebiete der Mutterschaftsfürsorge Bedeutendes geleistet haben. Die Bundesratsverordnung über die Reichswochenhilfe habe sehr segensreich gewirkt. Sie muß nach dem Kriege aufrechterhalten und noch weiter ausgebaut werden. Dazu liegt besonderer Anlaß deshalb vor, weil durch den Krieg der Umfang der Frauenarbeit zugenommen hat, so daß sich die kritisierten Schäden vermehrt haben. Auch Abg. Dr. Müller-Meiningen spricht sich dafür aus, daß auf dem Gebiete des Mutter- und Säuglingsschutzes mehr geschehen müsse.

In der Sitzung vom 25. Mai 1916, in der über die Anträge abgestimmt wurde, kam der Antrag des Zentrums zur Annahme. Nur die Sozialdemokratische Arbeitsgemeinschaft war gegen diesen Antrag, den sie als eine Verschleppung bezeichnete. Die Kommission, die über alle die einschlägigen Fragen zu beraten hat, soll sich aus 28 Mitgliedern zusammensetzen.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung gemäß § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

I. Ein Angestellter kann gemäß § 390 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte auf seinen Antrag von der eigenen Beitragsleistung — das heißt: von der ihm obliegenden Beitragshälfte — befreit werden, wenn für ihn vor dem 5. Dezember 1911 bei einer öffentlichen oder privaten Lebensversicherungsunternehmung (§ 1 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901) ein Versicherungsvertrag geschlossen worden ist und der Jahresbetrag der Beiträge für diese Versicherung am 1. Januar 1913 mindestens der ihm nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte zur Last fallenden Beitragshälfte gleichkommt. Dasselbe gilt nach § 390 Abs. 2 a. a. O. für Angestellte, die beim Eintreten in die versicherungspflichtige Beschäftigung das dreißigste Lebensjahr überschritten

haben und seit mindestens drei Jahren in einer dem ersten Absatz entsprechenden Weise versichert sind.

II. Hiernach hat die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung zunächst zur Voraussetzung, daß der Versicherungsvertrag vor dem 5. Dezember 1911 geschlossen ist. Der Vertragsschluß erfolgt regelmäßig in dem Zeitpunkt, in welchem dem Versicherungsnehmer auf seinen Antrag die Annahmeerklärung der Versicherungsgesellschaft zugeht. Wird der Antrag mit Aenderungen angenommen, so kommt der Vertrag erst dann zustande, wenn die Erklärung des Antragstellers, daß er mit den Aenderungen einverstanden sei, der Gesellschaft zugeht. Auf den Zeitpunkt der Antragstellung oder des Beginnes der Versicherung kommt es daher nicht an.

Ein Lebensversicherungsvertrag ist demgemäß zum Beispiel rechtswirksam zustandegekommen, sobald der Versicherungsnehmer dem zum Vertragsschluß seitens der Gesellschaft ermächtigten Agenten den schriftlichen Versicherungsantrag vorgelegt und sich mit der von diesem unter der Bedingung einer bestimmten Karenzzeit abgegebenen Annahmeerklärung mündlich einverstanden erklärt hat.

III. Der Abschluß eines Versicherungsvertrages mit einer ausländischen, im Inland zum Geschäftsbetriebe nicht zugelassenen Lebensversicherungsunternehmung gewährt keinen Anspruch auf Befreiung von der Beitragsleistung zur Angestelltenversicherung.

IV. Es muß sich um einen Lebensversicherungsvertrag handeln.

a) Der Abschluß eines Unfallversicherungsvertrages führt selbst dann nicht zur Befreiung, wenn die Prämien für den Fall des Todes oder der Erreichung eines bestimmten Lebensalters zurückgewährt werden.
b) Der Abschluß einer reinen Sparversicherung begründet keinen Anspruch auf Befreiung gemäß § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.
c) Auch die freiwillige Fortsetzung der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung steht einem Lebensversicherungsvertrag im Sinne des § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht gleich.
d) Dagegen wird die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung gemäß § 390 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte dadurch nicht ausgeschlossen, daß die Beiträge zur privaten Versicherung durch eine einmalige Kapitalszahlung abgelöst worden sind.

V. Ebenso ist der Antrag auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung nach § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte begründet, wenn ein vor dem 5. Dezember 1911 abgeschlossener und nach diesem Zeitpunkt in einen prämienfreien Vertrag umgewandelter Lebensversicherungsvertrag am 1. Januar 1913 noch besteht und wenn noch vor dem 1. Januar 1913 ein neuer Lebensversicherungsvertrag geschlossen ist, der den Versicherten am 1. Januar 1913 zur Zahlung einer mindestens den seinen Gehaltsverhältnissen zur Zeit des Antrags entsprechenden Beiträgen gleichkommenden Jahresprämie verpflichtet. Die Befreiung erstreckt sich aber in diesem Falle zeitlich nicht über die Dauer des vor dem 5. Dezember 1911 geschlossenen Lebensversicherungsvertrages hinaus. (Vgl. Abschnitt XIII.)

VI. Durch die bloße Tatsache, daß für einen Angestellten eine Lebensversicherung abgeschlossen worden ist, wird die Verpflichtung, auch den auf ihn entfallenden Beitragsteil zu entrichten, noch nicht berührt. Vielmehr muß der Angestellte, wenn er von der eigenen Beitragsleistung befreit werden will, dies besonders beantragen.

VII. Anträge auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung sind in der ersten Aufnahmekarte zu stellen und nebst den Policen und den Prämienquittungen seit 1911 der Ausgabestelle vorzulegen. Wird der Antrag nachträglich gestellt oder hat die Ausgabestelle den Antrag abgelehnt, so wird dem Angestellten anheimgegeben, sich unter Beifügung der Police und der Versicherungskarte an den Rentenausschuß Berlin zu Berlin-Wilmersdorf, Nikolsburger Platz 2, zu wenden .

VIII. Bis zur Entscheidung über den Befreiungsantrag ist auch der auf den Angestellten entfallende Beitragsteil an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zu zahlen, dessen Rückerstattung im Falle der Befreiung erfolgen wird.

IX. Ist die Befreiung ausgesprochen, so wird sie auf der Versicherungskarte in der Mittelspalte der ersten Seite vermerkt.

X. Die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung hat die Wirkung, daß nur der Arbeitgeber den auf ihn entfallenden Beitragsteil zu entrichten hat. Der Angestellte erwirbt dadurch einen Anspruch auf die halben Leistungen des Gesetzes. Ueber die Leistungen des Gesetzes sind wir gern bereit, auf Wunsch Näheres mitzuteilen.

XI. Hat der Arbeitgeber vor dem 5. Dezember 1911 Zuschüsse für die Versicherung seines Angestellten gezahlt und kürzt er gemäß § 392 Abs. 2 a. a. O. diese Zuschüsse um die an die Reichsversicherungsanstalt zu entrichtenden Beiträge, so zahlt die Reichsversicherungsanstalt auf Antrag des Angestellten die an dem Zuschuß gekürzten Beträge unter den Voraussetzungen des § 392 Abs. 3 a. a. O. an die Lebensversicherungsunternehmung aus den Arbeitgeberbeiträgen weiter. Der Antrag auf Ueberweisung der Beiträge ist an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 193-195, zu richten, die auf Anfrage die erforderlichen Unterlagen mitteilen wird.

XII. Die einmal ausgesprochene Befreiung von der eigenen Beitragsleistung bleibt auch dann bestehen, wenn infolge einer Gehaltserhöhung die Versicherungsprämien der gesetzlichen Beitragshälfte nicht mehr entsprechen. Sie fällt aber weg, wenn die Versicherung vor dem Tode des Angestellten durch Ablauf, Verfall oder aus anderen Gründen aufgehoben wird.

Die Auszahlung der Versicherungssumme ist eine Aufhebung des Versicherungsvertrages.

XIII. Die zum Zwecke der Erhöhung der Prämien auf das zur Befreiung erforderliche Mindestmaß abgeschlossene Nachversicherung äußert ihre Wirkung für die Befreiung von der Beitragsleistung nur insoweit und solange, als der vor dem 5. Dezember 1911 geschlossene Versicherungsvertrag fortbesteht.

XIV. Der Angestellte kann auf die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung jederzeit verzichten. Der Verzicht ist aber unwiderruflich. Er erfolgt durch eine Mitteilung an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unter Beifügung der Versicherungskarte. Er wird zweckmäßig mit Wirkung vom nächsten Monatsersten erklärt. Er hat keine rückwirkende Kraft. Eine Nachzahlung

der auf den Angestellten entfallenden halben Beiträge für die Vergangenheit ist also nicht statthaft.

Sind aber schon vor der ausdrücklichen Verzichtserklärung die vollen Beiträge entrichtet worden, so kann es hierbei sein Bewenden behalten; denn die Vermutung spricht dafür, daß die Zahlung der Vollbeiträge schon mit der Absicht des Verzichtes auf die Befreiung erfolgt ist, daß also der ausdrückliche Verzicht nur eine Bestätigung jener Absicht bedeutet.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Befreiung der Ruhegeld-Empfänger von der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

1. Ruhegeld-Empfänger, die eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben, sind vermöge ihres Ruhegeldes nicht ohne weiteres versicherungsfrei. Sie können aber auf ihren Antrag durch den Rentenausschuß von der Versicherungspflicht befreit werden. Solange ein solcher Befreiungs-Beschluß nicht vorliegt, sind auch für Ruhegeld-Empfänger die gesetzlichen Beiträge zu entrichten.

2. Nach § 11 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird auf seinen Antrag von der Versicherungspflicht befreit:
a) wem von dem Reiche, einem Bundesstaat, einem Gemeindeverband, einer Gemeinde oder einem Versicherungsträger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung, oder
b) wem auf Grund früherer Beschäftigung als Lehrer oder Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten

Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage nach der Gehaltsklasse A bewilligt sind und daneben Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet ist.

3. Diese Befreiungsmöglichkeit kann der Bundesrat auf Antrag des Arbeitgebers gemäß § 14 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ausdehnen auf Personen, denen auf Grund früherer Beschäftigung bei anderen öffentlichen Verbänden oder Körperschaften, oder Eisenbahnen des öffentlichen Verkehrs, nicht öffentlichen Schulen oder Anstalten Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge bewilligt sind.

Auf Grund des § 14 hat der Bundesrat bereits eine große Anzahl von Beschlüssen gefaßt, zum Beispiel für die deutschen landesherrlichen und standesherrlichen Verwaltungen, für Deich-, Entwässerungs- und Kanalisations-Verbände, für Feuersozietäten, Handelskammern, Handwerkskammern, Landschaften, Landwirtschaftskammern, Sparkassen, Stiftungen, Wohlfahrtseinrichtungen, öffentliche Versicherungsanstalten, Eisenbahnen, nicht öffentliche Schulen oder Anstalten, sowie für evangelische, katholische und jüdische Kirchengemeinden.

4. Soweit ein Angestellter ein Ruhegeld von einem Arbeitgeber bezieht, der nicht im § 11 aufgeführt ist und auf den der Bundesrat den § 11 auch nicht auf Grund des § 14 ausgedehnt hat, ist eine Befreiung auf Grund des Ruhegeldes nicht möglich. Es muß dem Arbeitgeber in einem solchen Falle überlassen bleiben, einen Ausdehnungsbeschluß des Bundesrats nach § 14 herbeizuführen. Als „Arbeitgeber" in diesem Sinne dürfte aber nicht bloß derjenige Arbeitgeber, der das Ruhegeld gewährt, sondern auch derjenige Arbeitgeber anzusehen sein, der den Angestellten zur Zeit beschäftigt.

5. Für den Begriff des Ruhegeldes ist die Beziehung auf ein früheres Dienstverhältnis wesentlich. Folglich gilt zum Beispiel nicht als Ruhegeld-Empfänger im Sinne des § 11, wer als Fahrgast einen Eisenbahn-Unfall erlitten und deshalb vom Staate eine Schadenersatzrente bezieht. Aus dem gleichen Grunde können zwar frühere Angestellte einer Krankenkasse, einer Berufsgenossenschaft, eines Knappschaftsvereins oder einer Landesversicherungsanstalt befreit werden, wenn sie auf Grund einer früheren Tätigkeit als Angestellte in der Verwaltung des betreffenden Versicherungsträgers ein Ruhegeld erhalten, dagegen kann, wie der Rentenausschuß in ständiger Rechtsprechung entscheidet, die von einem Versicherungsträger auf Grund der allgemeinen Versicherungsgesetze gewährte Rente (zum Beispiel Unfallrente oder Invalidenrente) nicht zu einer Befreiung gemäß § 11 des Versicherungsgesetzes für Angestellte führen.

6. Familienangehörige von Ruhegeld-Empfängern können auf Grund des Ruhegeldes nicht Befreiung erlangen. Wenn zum Beispiel eine Beamtenfrau eine versicherungspflichtige Tätigkeit übernimmt, so müssen für sie die gesetzlichen Beiträge entrichtet werden, ohne Rücksicht darauf, daß ihr Ehemann sich in pensionsberechtigter Stellung befindet oder bereits ein Ruhegeld bezieht. Dagegen ist die Befreiung von Beamtenwitwen und -Waisen auf Grund des § 11 möglich, sofern ihnen Witwen- oder Waisengeld bewilligt ist.

7. Nicht nur Ruhegeld oder Wartegeld, sondern auch „ähnliche Bezüge" können zur Befreiung gemäß § 11 führen. Hiermit soll zum Ausdruck gebracht werden, daß auch solche Bezüge für die Befreiung in Betracht kommen, welche, ohne auf einem Rechtsanspruch zu beruhen, tatsächlich gesichert sind, so daß sie nach Lage der Umstände einem eigentlichen Ruhegelde gleichwertig sind. Welche Bezüge hierunter fallen, muß der Entscheidung im einzelnen Falle vorbehalten bleiben.

8. Das Ruhegeld oder Wartegeld oder die „ähnlichen Bezüge" müssen den Mindestbetrag der Gehaltsklasse A erreichen, sie müssen also bei männlichen Angestellten mindestens 48 Mark und bei weiblichen Angestellten mindestens 24 Mark jährlich betragen. Der Unterschied dieser beiden Mindestsätze beruht darauf, daß nach § 48 weibliche Versicherte schon nach 60, männliche dagegen erst nach 120 Beitragsmonaten ein Ruhegeld auf Grund des Versicherungsgesetzes für Angestellte erhalten können.

9. Neben dem Ruhegeld muß dem verheirateten Antragsteller noch eine den Vorschriften des § 9 und der dazu ergangenen Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 29. Juni 1912 (Reichsgesetzblatt S. 405) entsprechende Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet sein. Für viele Beamtengruppen liegen bereits die Entscheidungen der obersten Verwaltungsbehörden darüber vor, ob ihnen eine ausreichende Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet ist. Daher können die Antragsteller von dem Nachweis einer genügenden Hinterbliebenenfürsorge zunächst absehen. Der Rentenausschuß wird ihnen im einzelnen Falle das Erforderliche mitteilen.

Unverheiratete Ruhegeld-Empfänger können befreit werden, auch wenn ihnen eine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge nicht zusteht. Dies gilt auch für weibliche Ruhegeld-Empfänger.

10. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, so kann eine Befreiung nicht stattfinden. Die Berücksichtigung ungünstiger wirtschaftlicher oder sonstiger persönlicher Verhältnisse ist, wie das Schiedsgericht bereits ausdrücklich ausgesprochen hat, nicht möglich.

11. Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht ist an den Rentenausschuß Berlin in Berlin-Wilmersdorf, Nikolsburger Platz 2, zu richten. Ohne einen solchen besonderen Antrag erfolgt keine Befreiung.

Berechtigt, den Antrag zu stellen, ist nur der Angestellte, nicht der Arbeitgeber. Der Angestellte kann aber seinen Arbeitgeber zur Stellung des Antrages bevollmächtigen.

Der Angestellte ist berechtigt, aber nicht verpflichtet, diesen Antrag zu stellen. Unterläßt er die Antragstellung, so sind für ihn trotz seines Ruhegeldes die vollen gesetzlichen Beiträge zu entrichten.

12. Ruhegeld-Empfänger haben folgende Unterlagen beizubringen:

1. Die Versicherungskarte zur Angestelltenversicherung, falls eine solche Karte bereits ausgestellt ist,
2. einen behördlichen Ausweis über die Art und Höhe der Pension oder Militärrente, die Dauer ihrer Bewilligung und den Zeitpunkt der Pensionierung oder Entlassung aus dem Militärdienste (Pensions- oder Rentenbescheid in Urschrift oder beglaubigter Abschrift, Militärpaß),
3. falls der Antragsteller weder verheiratet ist noch Kinder unter 18 Jahren hat, eine polizeiliche Bescheinigung darüber; im anderen Falle bedarf es einer Erklärung des Antragstellers, ob er sich vor oder nach seiner Pensionierung verheiratet hat;
   hat die Eheschließung vor der Pensionierung stattgefunden, so muß der Antragsteller noch
4. einen amtlichen Ausweis über den Zeitpunkt der Verheiratung beibringen (neue Ausfertigung der standesamtlichen Heiratsurkunde über die bestehende Ehe).

13. Ruhegeld-Empfängerinnen haben die in Abschnitt 12 unter Nr. 1 und 2 erwähnten Unterlagen und eine polizeiliche Bescheinigung des Inhalts beizubringen, daß sie nicht verheiratet sind.

14. Witwengeld-Empfängerinnen haben beizubringen:

1. die Versicherungskarte zur Angestelltenversicherung, falls eine solche Karte bereits ausgestellt ist,
2. einen behördlichen Ausweis über die der Witwe und ihren etwa vorhandenen Kindern unter 18 Jahren bewilligten Hinterbliebenenbezüge, sowie darüber, von welchem Zeitpunkt ab die Bezüge gezahlt werden.

15. Für die nach den Abschnitten 12 bis 14 etwa erforderlichen amtlichen Bescheinigungen sind gemäß § 338 weder Gebühren noch Stempel zu entrichten.

16. Die Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß § 11 hat zur Folge, daß weder der Arbeitgeber noch der Angestellte Beiträge zur Angestelltenversicherung zu entrichten brauchen. Infolgedessen steht dem Angestellten auch kein Anspruch auf die Leistungen des Gesetzes zu. Sie steht im Gegensatz zu der gemäß § 390 auf Grund eines privaten Lebensversicherungsvertrages erfolgten Befreiung von der eigenen Beitragsleistung; ist nämlich ein Angestellter von der eigenen Beitragsleistung befreit, so hat für ihn nur der Arbeitgeber Beiträge — nämlich die Arbeitgeberhälfte der gesetzlichen Beiträge — zu entrichten. Hierfür erhält der Angestellte die halben Leistungen des Gesetzes.

17. Die Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß § 11 wirkt vom Eingang des Antrages an. Darüber hinaus steht ihr keine rückwirkende Kraft zu. Die bis zum Eingang des Befreiungsantrages entrichteten oder zu entrichtenden Beiträge verbleiben also der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. Die für die Zeit nach dem Eingang des Befreiungsantrages etwa entrichteten Beiträge werden erstattet.

18. Da die Befreiung erst vom Eingang des Befreiungsantrages wirkt, so empfiehlt es sich, den Antrag alsbald zu stellen, auch wenn die in den Abschnitten 12 bis 14 geforderten Unterlagen nicht sogleich beigebracht werden können; in diesem Falle sind die Unterlagen nachzureichen.

19. Der gemäß § 11 von der Versicherungspflicht befreite Angestellte kann auf die Befreiung verzichten. Der Verzicht hat zur Folge, daß die Versicherungspflicht wieder in Kraft tritt.

20. Der Rentenausschuß widerruft die Befreiung, sobald ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Zum Beispiel kann ein unverheirateter Angestellter befreit werden, auch wenn ihm keine ausreichende Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet ist (vgl. oben Abschnitt 9). Verheiratet er sich aber später, so muß die Befreiung widerrufen werden.

Die Gefahr der Rentenkrankheit

(Rentenhysterie, Rentenpsychose), diese bei Rentenbewerbern und Empfängern nach der Reichsversicherung so bekannte und unerfreuliche Begleiterscheinung, und die Erwägungen über ihre Bekämpfung drängen sich jetzt auch im Hinblick auf die zahlreichen Kriegsbeschädigten auf, die im allgemeinen einen langen Weg bis zu ihrer Wiedereinstellung in ihren alten oder einen neuen Beruf zurückzulegen haben (Wiederherstellungsverfahren, Berufsschulung, Berufsberatung, Arbeitsvermittlung). Es kommt vor allem darauf an, den Beschädigten nicht noch gleichzeitig mit unnützer Sorge um die Erlangung oder Bemessung seiner Rente durch Zuständigkeitsstreitigkeiten, Einhaltung von Formvorschriften usw. zu belasten und ihm das sichere Gefühl zu geben, daß hierbei gerecht, mit Schonung seiner besonderen Lage, ohne Rücksicht auf seine Parteistellung verfahren und ferner, daß bei der Zuweisung von Arbeit die Entlohnung nach dem wahren Werte und Maße der Leistung bemessen wird. In letzterer Hinsicht fällt die Hauptaufgabe den Arbeitgebern zu. Der „Deutsche Kurier" führt hierüber aus: „Es gibt ja schon eine Reihe von Tarifgemeinschaften, die es dem Kriegsbeschädigten ermöglichen, im Falle er sich ungünstig entlohnt fühlt, einen Instanzenweg zu gehen. Aber einmal bieten nicht alle Arbeitsgemeinschaften der Kriegsfürsorge diese Garantie und dann kann es unseres Erachtens gar nichts schaden, wenn die Sicherung der Lohn- und Gehaltshöhe noch durch andere Maßnahmen, am besten wohl Maßnahmen gesetzgeberischer Art, gewährleistet wird. Es ist das ja ein sehr schwieriges Kapitel, aber man darf nicht vergessen, daß es sich nur um einen verhältnismäßig kleinen Teil der gesamten Angestellten- und Arbeiterschaft handelt, daß also ein Eingriff in die Lohn- und Gehaltsbestim-

mung nur eine teilweise und auch nur eine vorübergehende Beseitigung der wirtschaftlichen Freiheit auf diesem Gebiete bedeuten würde.

Selbstverständlich ist auch darauf hinzuarbeiten, daß nicht etwa die Höhe des Lohnes auf die Höhe der Rente einwirkt. Man ist als Außenstehender natürlich nicht imstande, die Klagen nachzuprüfen, die wegen Lohn- oder Rentendruck erhoben werden. Wir wissen sehr wohl, daß den verantwortlichen Stellen irgendein Druck nach einer der beiden Seiten äußerst peinlich ist, daß sie ihn unter allen Umständen vermieden wissen wollen. Denn selbstverständlich spricht auch hier das Herz für die Kriegsbeschädigten, die dem Vaterlande schwere Opfer an Gesundheit gebracht haben. Aber erfahrungsgemäß kommt es auf den guten Willen der verantwortlichen Stellen allein nicht an. Wesentlich hängt der Erfolg von der Ausführung ab, die in den Händen der unteren Organe liegt. Diese Organe mit wirksamer Energie zur Durchführung des genannten Grundsatzes anzuhalten, ist daher eine höchst wichtige Sache.

Zum Wesen der Rente gehört ja nach heutigen Anschauungen die Minderung bei steigender Erwerbsfähigkeit. Aber einmal soll man darin nicht kleinzügig sein, man soll die Möglichkeit von Rückfällen bedenken. Man soll eine Minderung nur dann vornehmen, wenn die Erhöhung der Erwerbsfähigkeit wirklich Dauercharakter zu haben scheint. Es ist wohl klar, daß hier nicht allein die Höhe des Lohnes oder des Gehaltes bestimmend sein kann. Je eher wirklich durchgreifende Garantien in den genannten Hinsichten geschaffen werden, um so besser ist es für die Kriegsbeschädigten und für die Allgemeinheit. Denn dann wird wohl die Gefahr einer Rentenpsychose endgültig beseitigt sein.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Wegfall eines noch laufenden Anspruchs auf Leistungen der Krankenkasse mit Beginn des Ruhens nach §§ 517, 519, 520 RVO.

1. Nach Barmen. Antwort: Es ist richtig, daß der während der Kassenmitgliedschaft begründete Anspruch des erkrankten Versicherten für die satzungsmäßige Dauer fortbesteht, auch wenn der Versicherte vorher aus der Krankenkasse ausscheidet, und es liegt an sich nahe, daraus zu folgern, daß Entsprechendes auch dann gelten müsse, wenn der erkrankte Versicherte während des Bezugs von Leistungen der Pflichtkasse zwar nicht ausscheidet, aber doch seine Rechte bei dieser Kasse, im Hinblick auf seine gleichzeitige Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse, nach § 517 RVO. ruhen läßt, daß also die Pflicht der Krankenkasse zur Gewährung der Krankenhilfe über den Zeitpunkt hinaus, in welchem das Ruhen der Rechte beginnt (§§ 519, 520), fortbauere. Umsomehr könnte diese Folgerung auch deshalb richtig erscheinen, weil § 212 RVO., wonach ein Versicherter beim Uebertritt in eine andere Krankenkasse während des Bezugs von Kassenleistungen die weitere Leistung von dieser anderen Kasse zu erhalten hat, nur für die Krankenkassen der RVO. (§ 225) und für knappschaftliche Krankenkassen (§ 500), nicht aber für Ersatzkassen gilt. Gleichwohl halten wir jene Folgerung für unrichtig. Denn eine dem § 212 RVO. ähnliche, wenn auch nicht völlig entsprechende Regelung ergibt sich hinsichtlich derjenigen Versicherten, deren Rechte bei der Pflichtkasse nach §§ 517, 519, 520 zu ruhen beginnen, aus den für Ersatzkassen geltenden besonderen Vorschriften. Ausdrücklich hebt § 517 als Wirkung des Ruhens der Rechte der Ersatzkassenmitglieder hervor: „sie haben keinen Anspruch auf die Leistungen der Kasse"; und dies bedeutet nach der Fassung nicht nur, daß sie einen neuen Anspruch nicht mehr erwerben können, sondern, daß auch ein bereits erworbener Anspruch auf laufende Leistungen in dem Zeitpunkt wegfällt, in welchem das Ruhen wirksam wird. Diese Auslegung entspricht auch dem Sinne, den das Gesetz in anderen Fällen mit dem Ausdruck „ruhen" verbindet (zu vgl. §§ 216, 615, 1313 RVO.). Anderseits aber verpflichtet das Gesetz im § 507 die Ersatzkassen ausdrücklich, ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern mindestens die Regelleistungen der Krankenkassen, also im Krankheitsfalle die Leistungen aus §§ 182, 183 zu gewähren. Auch die Ersatzkasse hat hiernach die Fürsorge selbst für bereits vor dem Beitritt erkrankte Versicherungspflichtige, entsprechend dem § 206 (zu vgl. Hahn, Anm. 2 zu § 206 RVO.), sofort zu übernehmen und kann sich dieser Pflicht auch gegenüber denjenigen Mitgliedern nicht entziehen, die zu der Zeit, in der das Ruhen ihrer Rechte bei der Krankenkasse wirksam wird, bereits krank sind.

Festsetzung der Kassenleistungen für unständig Beschäftigte.

2. Nach Bonn. Antwort: § 450 Abs. 1 Satz 1 soll nicht besagen, daß die Satzung Beiträge und Leistungen für die unständig Beschäftigten willkürlich festsetzen, also auch einzelne Leistungen, z. B. Wochenlohn, in Fortfall kommen lassen kann. Vielmehr soll nur zum Ausdruck gebracht werden, daß den Beiträgen und den Leistungen, die bereits gesetzlich vorgeschrieben sind, stets der Ortslohn zu Grunde zu legen ist und nicht etwa der durchschnittliche oder der wirkliche Arbeitsverdienst, wie § 180 RVO. es bestimmt.

Daraus folgt auch, daß das Krankengeld oder das Wochengeld nicht weniger als die Hälfte des Ortslohnes, der ja den Grundlohn hier bildet, betragen darf. (§ 182 Ziff. 2 RVO.).

Bestehendes Leiden als äußerer Anlaß für einen neuen Versicherungsfall.

3. A. S. Frage: Der Arbeiter K. B. erkrankte am 22. Dezember 1914 an Epilepsie und befand sich für Rechnung der Krankenkasse bis zum 16. April 1915 im Krankenhause, vom 17. April 1915 bis 10. März 1916 in einer Provinzialanstalt für Epileptische. Am 20. März 1916 wurde er wieder bei unsrer Kasse gemeldet. Infolge Hinfallens bei einem epileptischen Anfalle verletzte er sich die Schädeldecke am 4. Mai 1916 und mußte deshalb im Krankenhause aufgenommen werden. Ist die Krankenkasse verpflichtet die Kosten dieser Behandlung zu übernehmen? Muß sie dem ledigen Erkrankten Krankenhaustaschengeld gewähren? Bemerkt sei noch, daß B. monatlich 14,95 M. Invalidenrente bezieht.

Antwort: Es handelt sich um eine neue Erkrankung, eine Verletzung der Schädeldecke, nicht aber noch um die Epilepsie; diese bildete nur den äußeren Anlaß für die neue Erkrankung. Darum muß die Kasse jetzt wiederum die vollen Leistungen gewähren. Billigt die Satzung Taschengeld neben Krankenhauspflege gemäß § 194 Ziff. 2 RVO. zu, so hat das Mitglied darauf Anspruch, auch wenn er Invalidenrentner ist.

Zur Krankenversicherungspflicht eines Architekten.

4. D. Antwort: Die Hochschulbildung schließt an sich nicht die Krankenversicherungspflicht aus. Vielmehr ist diese nur dann zu verneinen, wenn der Angestellte eine mehr wissenschaftliche oder künstlerische Tätigkeit ausübt. Daher ist nicht versicherungspflichtig der Architekt, der selbständig Pläne entwirft, wohl aber ist er versicherungspflichtig, wenn er lediglich als Techniker beschäftigt wird, das heißt, die von andern angefertigten Entwürfe ausarbeitet und ausführt — vorausgesetzt natürlich, daß das Gehalt 2500 M. nicht übersteigt.

Sonn- und Feiertage als Arbeitstage.

5. Nach C. Antwort: Die erwähnte Bestimmung Ihrer Kassensatzung widerspricht den gesetzlichen Bestimmungen. Sie lautet: „Als Arbeitstage gelten die sechs Wochentage ohne Rücksicht darauf, daß einzelne Berufe auch Sonn- und Feiertagsarbeit verrichten.“ Vielmehr hat als Arbeitstag jeder Tag zu gelten, an dem ein Mitglied regelmäßig Arbeit zu leisten hat, also unter Umständen auch Sonn- und Feiertage. Vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 7b, letzter Satz, zu § 182. Bei solchen Personen darf daher zur Beitragsberechnung das Jahr nicht mit 300 Arbeitstagen angenommen werden, sondern es sind 360 zu Grunde zu legen. Vgl. Hahn, Anm. 3 zu § 180 S. 244. In dem angeführten Beispiel wäre demnach zu rechnen: Barverdienst 600 M. : 360 = 1,67 M. zuzüglich 2 M. für Kost und Unterkunft = 3,67 M.

Polizeiliche Unterbringung im Krankenhaus. — Geringfügige Beschäftigung.

6. Nach Augsburg. Antwort: a) Wenn die W. auch auf polizeiliche Anordnung und zugleich im Interesse des Schutzes der Allgemeinheit wegen ihrer Geschlechtskrankheit ins Krankenhaus gebracht wurde, so lag dies doch außerdem auch in ihrem eigenen Interesse; denn es kann nicht bezweifelt werden, daß sie ärztlicher Behandlung bedurfte. Die Kasse ist daher zum Ersatze der Kosten gemäß §§ 1531 ff. RVO. verpflichtet.

b) Im 2. Falle besteht Versicherungsfreiheit gemäß Bekanntmachung vom 17. November 1913 (Arb.Vers. 1913 S. 848). Es handelte sich um vorübergehende Dienstleistungen und der dafür gewährte Entgelt mit zweimal Kaffee und Brot am Tage muß als geringfügig bezeichnet werden. Hierbei ist der Betrag von 2,40 M., den der Arbeitgeber der Beschäftigten freiwillig ohne rechtliche Verpflichtung anläßlich des Unfalls gab, unberücksichtigt zu lassen. Die Kasse braucht daher die Kosten nicht zu übernehmen.

Erstattungspflicht der Krankenkasse bei polizeilicher Unterbringung eines geschlechtskranken Mitgliedes im Krankenhaus.

7. Nach Salzungen. Antwort: Die Kasse muß Krankenhilfe auch dann gewähren, wenn die Krankheit bereits bei Beginn der Mitgliedschaft bestanden hat, und namentlich auch dann, wenn die Ansteckung bereits vorher erfolgt ist. Hat die Polizei die Unterbringung im Krankenhaus nicht ausschließlich wegen der Ansteckungsgefahr, also nicht ausschließlich im Interesse der Allgemeinheit, sondern auch im Interesse der Kranken verfügt, so hat die Kasse dem Armenverbande die Krankenhauskosten nach Maßgabe der §§ 1531 ff. RVO. zu erstatten.

Entwertungstag für Invalidenmarken.

8. M. J. Pf. Antwort: Nach der Bekanntmachung des Bundesrats vom 10. November 1911 II 5 soll auf den Invalidenmarken als Entwertungstag der letzte Tag desjenigen Zeitraums angegeben werden, für den die Beitragsmarke gilt, also der Sonntag, wenn diese eine Wochenmarke ist; denn die Beitragswoche beginnt nach § 1387 Abs. 3 RVO. mit Montag, endigt also mit Sonntag, gleichviel, wann der Lohn gezahlt wird. Nur bei Zusatzmarken gilt als Entwertungstag derjenige Tag, an dem sie in die Quittungskarte eingeklebt werden.

Zivilgefangene und gefangene Soldaten nicht krankenversicherungspflichtig.

9. Nach Detmold. Antwort: Wir verneinen die Krankenversicherungspflicht der Zivilgefangenen, ebenso wie die der gefangenen Militärpersonen. Sie sind in der Bestimmung ihres Aufenthaltes sowohl, wie ihrer Beschäftigung so stark beschränkt, daß sie nicht als freie Arbeiter gelten können. Ihre beiden Fragen sind daher zu verneinen.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1141 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. Juli 1916 | Heft 19

Gewohnheitsrecht und Juristenrecht auf dem Gebiet der Reichsversicherungsordnung.

Von Walter Fleischauer, Senatspräsident im Reichsversicherungsamt zu Berlin.

Durch längere Zeit fortgesetztes gleichartiges Handeln bei der gleichen Gelegenheit entsteht die Gewohnheit. Dazu genügen rein tatsächliche Vorgänge. Diese können in ihrer Richtung auf die Person des Handelnden beschränkt sein. Die Früchte schlechter Erziehung in der persönlichen Haltung geben dafür Beispiele. Aber auch allgemeine Gewohnheiten in Beziehung auf andere Personen können rein tatsächlicher Natur sein. So die deutsche Sitte, daß der Herr die Dame zuerst grüßt, während in der englischen Welt das Umgekehrte der Fall ist. Das Recht nimmt hieran kein Interesse. Erst da beginnt dies, wo die Handlung in ihrer Richtung auf ein anderes Rechtssubjekt (direkt zur Person oder durch eine deren Recht unterworfene Sache) einen rechtlichen Inhalt gewinnen kann. So macht z. B. Art. 346 des Handelsgesetzbuchs dem Richter über Rechtsstreitigkeiten zwischen Kaufleuten zur Pflicht, als Mittel zur Auslegung des Willens der Parteien die Handelsgewohnheiten und Gebräuche zu berücksichtigen.

Nimmt solches tatsächliches Handeln ein subjektives Moment unmittelbar in sich auf, dermaßen, daß es in Betätigung einer bestimmten Rechtsüberzeugung geschieht, daß also der Handelnde sein Tun als unter den Regeln eines, wenn auch ungeschriebenen Rechts stehend ansieht, und handelt eine größere Personengemeinschaft, wohl gar ein ganzes Volk lange Zeit hindurch gleichartig, so entsteht das Gewohnheitsrecht. Das kann stärker sein, als das geschriebene Gesetz. Denn, wo dieses nicht ausdrücklich die Bildung des Gewohnheitsrechts verbietet, kann es durch solches nicht nur ergänzt und abgeändert, sondern auch beseitigt werden.

Die Möglichkeit der Bildung von Gewohnheitsrecht im Deutschen Reiche ist dementsprechend eine vielgestaltige. Da das Bürgerliche Gesetzbuch den in seinem ersten Entwurf aufgestellten Ausschluß des Gewohnheisrechts hat fallen lassen, und da es nun nichts mehr über das Gewohnheitsrecht bestimmt, so kann sich ein allgemeines deutsches Gewohnheitsrecht auf dem Gebiete des Bürgerlichen Gesetzbuches frei entwickeln.

Soweit das Bürgerliche Gesetzbuch die Landesgesetze unberührt gelassen hat, gelten deren Bestimmungen. In Preußen ist die Bildung eines allgemeinen Gewohnheitsrechts durch § 3 der Einleitung zum Allgemeinen Landrecht beseitigt. Die provinzielle Bildung aber ist frei erhalten geblieben, soweit nicht ein geschriebenes Provinzialrecht besteht, was nur bei den Provinzen Ost- und Westpreußen der Fall ist.

Auch für einen einzelnen Stand ist in Deutschland die Bildung eines Gewohnheitsrechts durch seine Angehörigen möglich. Das ist

der Fall bei den ehemals reichsunmittelbaren Familien des hohen Adels, soweit ihnen das Recht der Autonomie gelassen ist. Hier spricht man gewöhnlich von Observanzen, ein Ausdruck, der aber z. B. im § 3 der Einleitung zum Allgemeinen Landrecht allgemein neben Gewohnheitsrecht gebraucht wird und dort in einzelnen Gaueinheiten, auch Ortschaften, gebildetes Gewohnheitsrecht bezeichnen soll. Observare: beobachten. Observanz eine Rechtshandlung, die man vornimmt, indem man frühere gleichartige Handlungen der Rechtsgenossen beobachtet, die man also unter der Vorstellung eines gewissen rechtlichen Zwanges ausführt.

Gleich dem Bürgerlichen Gesetzbuch enthält auch die Reichsversicherungsordnung keine Vorschrift über das Gewohnheitsrecht. Für dessen Bildung kämen in Betracht die Beziehungen der Versicherungsträger, Arbeitgeber und Versicherten. Aber diese Bildung ist durch das Wesen der Sache erschwert. Das soziale Versicherungswesen der RVO. steht weitgehend unter strengen Formvorschriften, deren Einhaltung vom Reichsversicherungsamt als Aufsichtsinstanz überwacht wird. Die Beziehungen der genannten physischen Personenkreise bieten kaum Raum für die Bildung eines Gewohnheitsrechts.

Wo aber den Berufsgenossenschaften der Rock der Regelvorschrift der RVO. zu eng oder unpaß war, wie z. B. die Vorschrift im § 53 Abs. 5 GUVG. betr. des Uebergangs von Unfallasten und Vermögensteilen beim Uebergehen einzelner Betriebe von einer Berufsgenossenschaft zur andern, da haben sie den Weg vertraglicher Regelung (Abs. 6 das.) gewählt, nicht den der Bildung von bloßen gesetzesändernden oder ergänzenden Gewohnheiten. Im übrigen ist die Zeit seit dem Inkrafttreten des ersten sozialpolitischen Gesetzes (UV. v. 6. Juli 1884) noch kurz und die Gesetze sind rasch durch neue eingreifende Gesetze ersetzt worden, sodaß sich kaum gesetzesergänzende Gewohnheiten oder gar ein Gewohnheitsrecht der erwähnten Personengemeinschaften hätte bilden können.

Eine schon ziemlich fest eingelebte allgemeine Gewohnheit der Berufsgenossenschaften hat sich seit dem Gelten der RVO. dahin gebildet, daß sie in den Endbescheiden die von den Versicherungsämtern im Einspruchsverfahren abgegebenen Gutachten nicht erwähnen oder sie doch nicht als solche ausdrücklich inhaltlich würdigen. Bei der Kommissionsberatung war von dem Regierungsvertreter bei § 1572 f abgelehnt, der Berufsgenossenschaft die Wiedergabe der Gutachten des Versicherungsamts im Endbescheid zur Pflicht zu machen. Vielmehr wurde der Endbescheid gegenüber dem Gutachten und dem sonstigen Ergebnis der Ermittelungen des Einspruchverfahrens gegenüber frei und selbständig gemacht (§ 1606). Ein Recht auf Würdigung ihrer Gutachten im Endbescheid haben die Versicherungsämter also nicht. Die Berufsgenossenschaften können daher von dieser Würdigung nicht in der Ueberzeugung absehen, ein Recht auf Kosten der Versicherungsämter auszuüben. Die ganze Frage liegt auf rechtlich irrelevantem tatsächlichem Gebiete. Ein wesentliches Moment des Verfahrens kann hier nur wegen ungenügender Sachwürdigung, nicht aber deswegen vorliegen, weil das nicht beachtete wesentliche Moment gerade in dem Gutachten des Versicherungsamts besprochen worden war.

Aber es giebt eine besondere Art des Gewohnheitsrechts, das „Juristenrecht." Der Gerichtsgebrauch kann es durch gleichmäßige Anwendung einer nicht unmittelbar auf geschriebene Gesetze, sondern auf allgemeine Rechtserwägungen gegründeten Rechtsüberzeugung schaffen.

Diese rechtsbildende Kraft ist bedeutungsvoll. Das römische Recht ist auf diesem Wege in Deutschland eingeführt worden. Die Praxis der höchsten Gerichtshöfe beherrscht Handel und Wandel. Ihre Stetigkeit wird gesichert durch die Einrichtung der Plenarbeschlüsse, beim Reichsgericht der vereinigten Zivilsenate. Ihr weitreichender gesetzesgleicher Einfluß wird ermöglicht oder erleichtert durch die Veröffentlichung der grundsätzlichen Entscheidungen der Gerichtshöfe.

Von einem Gewohnheitsrecht sollte man

hier nicht bei den Rechtssätzen sprechen, die der Richter nur durch Auslegung geschriebenen Rechts gefunden hat, sondern nur da, wo er aus allgemeinen Rechtserwägungen heraus, sei es auch auf dem Wege der Analogie, der Anlehnung an geschriebene Gesetze, neues Recht geschaffen hat, indem er das geschriebene Gesetz ergänzte, änderte oder beseitigte.

Auf diesem Wege hat das Reichsversicherungsamt einen weitreichenden Einfluß genommen. Für die Stetigkeit seiner Rechtsprechung bürgt die Einrichtung des Großen Senats, an den jeder der Senate eine Sache verweisen muß, wenn er in einer grundsätzlichen Rechtsfrage von der Entscheidung eines anderen Senats abweichen will.

Aber die rechtsbildende Macht des Reichsversicherungsamts ist stärker, als die anderer Gerichte. Denn es ist nicht nur höchster Gerichtshof für das gesamte Gebiet der Sozialversicherung, sondern es ist auch in der Lage, als höchste Verwaltungsbehörde und Aufsichtsinstanz seinen Richtersprüchen praktische Geltung zu verschaffen.

Anderseits pflegt es sich in seiner Rechtsprechung an seine Verwaltungsgrundsätze zu halten. Es schafft also auf zweierlei Weise eine Rechtsübung. Kommt es dabei auf Kraftproben zwischen Verwaltung und Rechtsprechung an, so bleibt letztere die stärkere. Aus der Fülle der Erscheinungen sollen hier nur einige besonders wichtige und interessante hervorgehoben werden.

Auf dem Gebiet des materiellen Rechts ist dem Reichsversicherungsamt vom Gesetzgeber selbst rechtsbildende Befugnis in Ergänzung der Unfallversicherungsgesetze beigelegt insofern, als das Reichsversicherungsamt zu bestimmen hat, welche Betriebe als Fabriken anzusehen sind,. Das Gesetz hat nur diejenigen Voraussetzungen bezeichnet, bei deren Vorliegen ein Betrieb immer als Fabrik zu gelten hat. Darüber hinaus konnte das Gesetz bei der Vielgestaltigkeit des modernen Gewerbelebens nicht bindend formulieren. Das Reichsversicherungsamt hat in die Lücke zu treten. Es entscheidet damit nicht nur über die Verwaltungsfrage der berufsgenossenschaftlichen Zugehörigkeit des Betriebs, sondern zugleich über die Rechtslage der in dem Betriebe beschäftigten Arbeiter und Betriebsbeamten.

Von weitesttragender Bedeutung ist die rechtsbildende Kraft der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts bei der Feststellung des Begriffs des Betriebsunfalls geworden.

Das preußische Eisenbahn-Gesetz vom 3. Nov. 1838 hatte die Ersatzpflicht der Eisenbahngesellschaften sehr weise deutlich abgrenzbar umschrieben. Nur der bei der Beförderung auf der Bahn entstandene Schaden kam in Betracht.

Das Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 bezog im § 1 allen Schaden ein, der „bei dem Betriebe" der Eisenbahn geschehen war. Ein kaum faßbarer Begriff. Im § 2 gab es eine anders gefaßte, aber inhaltlich gleiche Bestimmung für die Bergwerks-, Steinbruch-, Gräberei- und Fabrikbetriebe für den Fall des Vorliegens eines Verschuldens auf Seiten der Betriebsleitung. War vom Eisenbahngesetz nur die eigentümliche, wesentlich auf der schnellen Bewegung schwerer Wagen auf glatten Schienen beruhende Gefährlichkeit des Eisenbahnbetriebs ergriffen, so hielt auch gegenüber der Fassung des Reichshaftpflichtgesetzes Wissenschaft und Praxis des Reichsoberhandelsgerichts wie des Reichsgerichts nach Kräften daran fest, nur die durch den technischen Betrieb, den eigentlichen Fabrikbetrieb usw. geschaffenen Gefahren einzubeziehen.

Aber was hat das Reichsversicherungsamt aus den gleichen, allen Unfallversicherungsgesetzen gemeinsamen Worten, „bei dem Betriebe" gemacht, und zwar gemacht, ohne gesetzliche Unterlagen, nur aus allgemeinen, den Zeitströmungen folgenden Rechtserwägungen heraus! Nur das Verschulden auf Seiten des Unternehmers forderten die Unfallversicherungsgesetze nicht mehr. Sonst war die Formulierung „bei dem Betriebe", soweit erkennbar, zur Deckung des alten Begriffs bestimmt. Auch kam das Moment des Verschuldens noch deutlich in Erinnerung in der Pflicht der Unternehmer zur Erfüllung der Un-

fallverhütungsvorschriften. Die Notwendigkeit des Verschuldens des Fabrik- usw. Besitzers wurde durch die Unfallversicherungsgesetze beseitigt, aber dem Arbeitgeber und der Genossenschaft der Arbeitgeber wurde die Möglichkeit gegeben, mit Sachkenntnis und studierter Sorgfalt die Möglichkeit eines Verschuldens zu verringern. Demgemäß hätte der von der Rechtsprechung im Begriff des Betriebsunfalls zu erfassende Gefahrenbereich möglichst nach dem Bereich der noch irgendwie denkbaren (da deren tatsächlicher Umfang nicht maßgebend sein kann) Unfallverhütungsvorschriften, die sich an Arbeitgeber und an Arbeitnehmer richten können, abgegrenzt werden sollen, weil nur insoweit ein vom Betriebsunternehmer übersehbarer und in seine Kalkulation einstellbarer Gefahrenkreis vorliegt, für den er, wenn auch nur in der Form von Genossenschaftsbeiträgen, haftbar gemacht werden kann. Statt dessen hat die Rechtsprechung nur den Weg von und zur Arbeit sowie die rein kaufmännische Tätigkeit beiseite gelassen und im übrigen jede mit der Betriebstätigkeit in zeitlichem und örtlichem und innerem Zusammenhange stehende Gefahr einbezogen, wobei als Betriebstätigkeit jede Tätigkeit gilt, die dem gesamten Betriebe irgendwie dient. In beständigem Weitergleiten wurden die Berufsgenossenschaften auch für die Gefahren des täglichen Lebens haftbar gemacht und schließlich unter rein logischer Konstruierung des ursächlichen Zusammenhangs der Betriebsunfall auch da angenommen, wo die Gefahr selbst weder im Betrieb erzeugt, noch für den Unternehmer vorhersehbar, sondern z. B. in der Form einer verirrten Kugel inmitten der städtischen Straße von außen her eingetreten war. Die Sache ist beinahe zur Empfindungsfrage geworden. Statt einer Betriebsunfallversicherung eine Versicherung der Arbeiter auf unsicherer Grundlage. Auf dem Gebiete der Kriegsgefahren liegen hier noch schöne Möglichkeiten.

Dieser rein logischen Entwickelung hat nun der Große Senat eine Schranke zu setzen und das so viele Jahre festgehaltene Erfordernis des inneren wirtschaftlichen Zusammenhangs der Gefahr mit dem Betriebe wieder zu Ehren zu bringen versucht.

Neben diese rechtsbildende Tätigkeit des Reichsversicherungsamts als obersten Gerichtshofs sei hier ein gleichfalls auf dem Gebiet des materiellen Rechts liegendes Beispiel der rechtsbildenden Kraft des Reichsversicherungsamts als oberster Verwaltungsbehörde gestellt.

Im alten Unfallversicherungsgesetz war im § 32 die Bestimmung getroffen, daß beim Ausscheiden einzelner Gewerbszweige oder örtlich abgegrenzter Teile aus einer Genossenschaft und deren Anschluß an eine andere Genossenschaft die aus den in Betrieben der ausscheidenden Teile erwachsenen Unfalllasten nebst einem entsprechenden Teil des Vermögens der Berufsgenossenschaft auf die empfangende Berufsgenossenschaft übergehen sollten.

Das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz brachte einen neuen Abs. 5 in den dem § 32 entsprechenden § 53, der die gleiche Regelung für den Fall vorschrieb, daß einzelne Betriebe infolge von Berichtigungen der Kataster von einer Berufsgenossenschaft auf die andere übergingen.

Die Motive hierzu bemerkten, daß der neu hinzugefügte Absatz 5 eine Lücke des bisherigen Gesetzes in demjenigen Sinne ausfülle, den die Praxis des Reichsversicherungsamts als dem Geiste des Gesetzes entsprechend bereits erkannt habe.

Natürlich blieb das Reichsversicherungsamt bei seiner Praxis, die aber nicht nur ein, sondern zwei wesentliche Momente enthalten hatte und beibehielt. Nämlich einmal die Gleichstellung des Einzelbetriebs mit der Betriebsgruppe in der erwähnten Beziehung und ferner die Zulassung des Uebergangs der aus dem Betrieb erwachsenen Unfallast nur dann, wenn keine Betriebsveränderung im Sinne des § 38 UVG., später 61 GUVG. vorlag.

Und diese „Rechtsübung" blieb beständig, bis im Jahre 1906 der Referent im Reichsversicherungsamt entdeckte,

daß sie nicht haltbar war, weil der § 38 bezw. 61 mit der Sache gar nichts zu tun hatte. — I 20084/06 und 20085/06. — Es lag also der interessante Fall vor, daß ein 24jähriges Gewohnheitsrecht ein Gewohnheitsunrecht war, obwohl es der Gesetzgeber, wenn auch nur stillschweigend, gebilligt hatte. So etwas ist natürlich nur möglich bei einem Juristenrecht. Es bildet ein schönes Vorrecht des Juristenstandes gegenüber dem gemeinen Volk, daß sich in seinem dunklen Drange des rechten Weges stets bewußt ist, wenn es Gewohnheitsrecht bildet, denn das kommt ja eben nur durch die gleichmäßige Uebung der Allgemeinheit zustande.

Das Reichsversicherungsamt rückte nun alsbald von seiner Praxis ab und bildete eine neue Rechtsübung dahin, daß fortan bei jedem Uebergang eines Betriebs von einer Berufsgenossenschaft zur andern, die auf dem Betriebe ruhenden Unfalllasten und ein entsprechender Teil des Vermögens mit übergehen sollten. Diese Praxis erhielt eine Sanktion und Verkündung in der die ganze Materie neu regelnden Bek. v. 31. Okt. 1908, Amtl. Nachr. 1908 S. 668 Und diese Praxis ist dann auch von dem Gesetzgeber der Reichsversicherungsordnung in deren Begründung zu Abs. 2 des § 686 ausdrücklich angenommen und im § 673 RVO. Gesetz geworden.

Eine Neufassung der Bek. v. 31. Okt. 1908 in der Fassung der Bek. v. 24. Dez. 1912 Amtl. Nachr. 1912 S. 112 f. war die nächste Folge hiervon.

Interessant ist dieser Vorgang auch deshalb, weil er die Tätigkeit des Reichsversicherungsamts als oberste Verwaltungsbehörde in ihrer rechtsbildenden Kraft zeigt. Die Frage des Lastenübergangs ist eine vermögensrechtliche, und ihre verschiedene Beantwortung veränderte die Person des Verpflichteten, die Passivlegitimation, für die Verfolgung der vom Reichsversicherungsamt als höchsten Gerichtshof zu entscheidenden Unfallrentenansprüche.

Nun vollzieht sich die Verwaltungstätigkeit naturgemäß selten in so gewichtigen Formen und Cäsuren. Im allgemeinen erscheinen ihre Grundsätze tropfenweise, verstreut in zahlreiche Verfügungen und Beschlüsse. Ihr Ueberblick wird auch durch vereinzelte Rekursentscheidungen nicht wesentlich erleichtert. Dann kann eine zusammenfassende glückliche Formulierung der Grundsätze einen sozusagen gesetzesähnlichen Einfluß auf Verwaltung und Rechtsprechung gewinnen. So ist es der Fall mit der in der Niederschrift vom 8. Nov. 1906 I. 25283 den Grundsätzen über die versicherungsrechtliche Bedeutung der Verwendung eines Motors gegebenen Formulierung (abgedruckt im Handb. Bd. I S. 187). Diese hatte zwar nur den Zweck der Orientierung des neu in sein Amt eingetretenen jetzigen Präsidenten durch den Referenten, sie erwies sich aber allen Angriffen gegenüber dauernd als so haltbar, daß sie seit langer Zeit unangefochten den Charakter eines Juristenrechtssatzes angenommen hat.

Die gleiche Bedeutung und Kraft kommt der Formulierung zu, die der Bescheid 2511 Amtl. Nachr. 1911 S. 513 I 11936/10 und I 3993/11 den Grundsätzen der Praxis des Reichsversicherungsamts über den Einfluß von Betriebsänderungen auf den Uebergang von Unfallasten gegeben hat, wobei namentlich die schwierigen Komplikationen erfaßt worden sind, die sich aus dem Verhältnis zwischen Haupt- und Nebenbetrieb hier ergeben.

Bei dieser Gelegenheit sei ein wichtiger Fall des Juristenrechts vermerkt, der auf der Grundlage dieses Verhältnisses von Haupt- und Nebenbetrieb beruht. Die Rechtsübung des Reichsversicherungsamts hat dauernd daran festgehalten, daß der Nebenbetrieb nicht nur in der berufsgenossenschaftlichen Zugehörigkeit dem Hauptbetriebe folgt, sondern daß auch der an sich nicht versicherungspflichtige Nebenbetrieb durch seine Zugehörigkeit zu einem versicherungspflichtigen Hauptbetriebe versicherungspflichtig wird, so daß die in ihm beschäftigten Arbeiter aus Betriebsunfällen Rentenansprüche gewinnen. Handb. Bd. I S. 342 Anm. 7. —

Eine besondere rechtsbildende Kraft hat das Reichsversicherungsamt bewiesen, indem es im Kampfe mit dem Oberverwaltungsgericht daran festhielt, daß ein Ehegatte aus ethischen Gründen, nach dem Wesen der Ehe, nicht „Arbeiter" des anderen Ehegatten sein könne. Auch dies ist vom Gesetzgeber der Reichsversicherungsordnung im § 159 das. zum Gesetz erhoben worden. —

Es gibt auch ein negatives Gewohnheitsrecht, dem man gegenüber dem Meer von gesetzlichen Bestimmungen, wozu auch gewisse Verordnungen gehören, heutzutage ein weites Anwendungsgebiet wünschen möchte. Denn es bildet sich durch die Nichtanwendung von gesetzlichen Bestimmungen. Und dazu sind selbst höchste Gerichtshöfe fähig und imstande.

Da ist der § 85 GUVG., der das Reichsversicherungsamt in die Lage bringen kann, die Entschädigungslast auf zwei oder mehrere Berufsgenossenschaften zu verteilen, wenn diese sich nicht darüber einigen können, obwohl es zugleich nur die eine dieser Berufsgenossenschaften zur Entschädigung des Verletzten verurteilt, also nur diese für gesetzlich verpflichtet erklärt. Zum Beispiel der Knecht schneidet Häcksel zugleich für die in der Landwirtschaft und für die in dem Fuhrwerksbetrieb beschäftigten Pferde seines Dienstherrn. Der Knecht ist ein Fuhrknecht, auch sind es nur drei landwirtschaftliche gegen vier fuhrwerkliche Pferde. Die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft ist zu verurteilen, aber die Rente soll auch von der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft mitgetragen werden.

Der Deutsche ist bekanntlich gerecht und mit seiner fortschreitenden Kultur und Demokratisierung wird er immer gerechter. Die Altvorderen z. B. des Unfallversicherungsgesetzes kannten ähnliches noch nicht. Da zahlte das Ganze, wer dazu gesetzlich verpflichtet war. Heute der und morgen der. Das glich sich dann aus. Im Gewerbeunfallversicherungsgesetz ist das anders geworden. Es muß gleich die einzelne Last geteilt werden. Es gibt ja erst so wenig Streitigkeiten!

Der § 85 war eine Forderung der Billigkeit, sagte der Gesetzgeber. Und Billigkeit war nach seiner Meinung stärker als Recht. Deshalb gestattete er im Abs. 2 des § 85 die Verteilung auch dann, wenn die mitzubelastende Berufsgenossenschaft bereits rechtskräftig für nicht entschädigungspflichtig erklärt war!

Das ist eine Folge des ersten Einbruchs in die früher geheiligte Macht der Rechtskraft mittels des § 83 f. GUVG. Dort erschien er noch einigermaßen erträglich. Aber hier finden wir um einer Lappalie willen das Hinschielen nach der Tasche des Nächsten reichsgesetzlich als berechtigt anerkannt. Propter invidiam!

Wozu brauchen wir da noch Gesetz und Recht?

Es gibt Senate im Reichsversicherungsamt, die nach Kräften derartigen Paragraphen aus dem Wege gehen und ihn durch Nichtgebrauch zu beseitigen suchen, aber selbst viele Senate können das nicht erreichen, wenn ein einziger in einem vereinzelten Fall die Rechtsübung durchbricht. So ist es dem § 85 geglückt, sein Scheindasein in die Reichsversicherungsordnung hinüberzuretten, wo er in der stattlichen „Aufmachung" der §§ 1739 bis 1742 unter einer besonderen Ueberschrift „Verteilungsverfahren" bewundert werden kann. Ob er hierdurch lebensfähiger geworden ist, wird die Zeit lehren. Die Zugehörigkeit zur Reichsversicherungsordnung schützt ihre Paragraphen nicht vor dem Schicksal, ihrem inneren Wert entsprechend von praktischen Juristen in abusum gebracht zu werden.

Da ist z. B. der Satz 2 im Abs. 1 des § 1715 RVO., der dem erkennenden Senat des Reichsversicherungsamts die Befugnis gibt, bei der Zurückverweisung einer Sache an die Vorinstanz oder den Versicherungsträger die Gewährung einer vorläufigen Leistung anzuordnen. Dieser Bestimmung stehen so viele Bedenken entgegen, daß sie bis jetzt, also in fast drei Jahren, kaum einmal angewendet worden ist und wohl so ziemlich auf dem Papier stehen bleiben wird. —

Erheblich ist die rechtsbildende Kraft der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts

auf dem Gebiet des Verfahrens, des Prozeßrechts, geworden.

Die Verordnungen über das Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt und vor dem Schiedsgericht vom August und November 1885 erklärten für einzelne Dinge (Ablehnung der Richter, Verpflichtung, sich als Zeuge und Sachverständiger vernehmen zu lassen) die Vorschriften der Zivilprozeßordnung für entsprechend anwendbar. Daraus hätte gefolgert werden können, daß sie im übrigen nicht anwendbar seien. Das Reichsversicherungsamt aber hat in völlig freier Gestaltung ganze Rechtsinstitute übernommen, soweit sie in sein Verfahren paßten. So namentlich die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen Versäumung einer Frist, aber ohne die zweiwöchige Frist.

Das ist im Gewerbeunfallversicherungsgesetz und in der Reichsversicherungsordnung stillschweigend gebilligt, beruht aber jetzt noch auf der Rechtsübung.

Die Wiederaufnahme des Verfahrens aus den Gründen der Nichtigkeitsklage wie der Restitutionsklage (ohne den nicht passenden Fall der Verletzung der Eidespflicht durch Parteieid) wurde entsprechend angewendet. Das ist durch § 84 GUVG. und jetzt durch die §§ 1722 f. RVO. zum Gesetz erhoben. Die Unterbrechung des Verfahrens durch den Tod einer Partei wurde entsprechend übernommen. Das ist im § 29 der Verordnung vom 24. Dezember 1911 für das Verfahren der Versicherungsämter und im § 21 der Verordnung vom 24. Dezember 1911 für das Verfahren der Oberversicherungsämter Gesetz geworden. Für das Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt bildet noch die Rechtsprechung die Grundlage der Uebernahme.

Die Grundsätze über Beteiligung Dritter am Rechtsstreit (Nebenintervention) und die Rechtsstellung notwendiger Streitgenossen wurden der Zivilprozeßordnung entsprechend geregelt. Aber die Eideszuschiebung an den Prozeßgegner, der richterliche Eid, die regelmäßige Notwendigkeit des Zeugen- und Sachverständigen-Eides wurde abgelehnt, hinwiederum die Aenderung des Klaggrundes (Klage aus einem anderen Betriebsunfall) entgegen den Vorschriften der Zivilprozeßordnung zugelassen.

Und in allen diesen Fällen, neben denen noch viele angeführt werden könnten, hat das später erlassene Gesetz seine mindestens stillschweigende Billigung gegeben. So auch in einem Falle, der vom Reichsversicherungsamt eine juristisch eigentümliche Behandlung erfahren hatte:

Nach dem Unfallversicherungsgesetz hatten Entschädigungsberechtigte, für welche die Entschädigung nicht von Amts wegen festgestellt war, ihren Entschädigungsanspruch bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritt des Unfalls anzumelden.

Nun ist Ausschluß ein juristischer terminus technicus, der ein schroffes, objektives, gesetzliches Ende bedeutet im Gegensatz zur Verjährung, deren Geltendmachung vom Willen der Partei abhängt, die aus ihrem Eintritt Rechte herleiten könnte. Das Reichsversicherungsamt aber hat die Bestimmung subjektiviert und dahin verstanden, daß die Berufsgenossenschaft evtl. den „Entschädigungsberechtigten" ausschließen oder nicht ausschließen könne. Der Verzicht ist zugelassen, weil kein öffentliches Interesse an dem Einhalten der zweijährigen Frist bestehe (Rek.-Entsch. 937 Amtl. Nachr. 1891 S. 150). Deshalb hat es wie bei der Verjährung die Erhebung des Einwandes aus § 59 gefordert und überhaupt Grundsätze der Verjährung angewendet.

Für den im Abs. 2 des § 59 geregelten Fall, daß erst nach Ablauf der zweijährigen Frist Folgen des Unfalls bemerkbar geworden sind, hat es dann Grundsätze aufgestellt, die das Arbeiten mit diesem Paragraphen schwierig machen, indem sie den doch wohl im öffentlichen Interesse liegenden Zweck der Vorschrift, durch langen Zeitablauf verdunkelte Tatbestände nicht mühevoll aufstöbern zu lassen, zurücktreten ließen vor der Rücksichtnahme auf das möglicherweise vorhandene materielle Recht des Rentenansprechers. Es

ließ die „Verjährung" des Anspruchs erst von dem Tage an beginnen, an dem die Unfallfolgen nicht nur bemerkbar, sondern auch als Unfallfolgen für den Verletzten erkennbar geworden waren und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt hatten, und auch das genügt nur dann, wenn der Verletzte damals einen Anspruch auf Rente hätte erheben können. Fiel es also in die ersten 13 Wochen nach dem Unfall, traten dann aber die Erscheinungen zurück bis nach Ablauf der zweijährigen Frist, so genoß der Kläger die Wohltat des Abs. 2.

Traten die Folgen erst nach diesem Fristablauf auf, so mußte der Anspruch binnen einer, in jedem Falle den jeweiligen Verhältnissen entsprechenden Frist erhoben werden, wobei 4 Monate einmal als zu lang erschienen. Das Gewerbeunfallversicherungsgesetz billigte diese Rechtsübung stillschweigend und bestimmte auch für die Zeit nach Ablauf der zweijährigen Frist, daß die erst später bemerkbar gewordenen Folgen „einen Entschädigungsanspruch begründende" sein müßten, wenn der Anmeldung Folge gegeben werden solle. Auch wurde die Frist zur Anmeldung dieser Ansprüche auf 3 Monate nach dem Bemerkbarwerden der Folgen festgesetzt.

Im Gegensatz zu dem alten Handbuch in Anm. 2 zu § 59 UVG. — S. 325 — vermeidet das Handbuch bei der Besprechung des § 72 GUVG. die Bezeichnung der zweijährigen Frist als einer Verjährungsfrist, nachdem besonders die Rek.-Entsch. 2091 Amtl. Nachr. 1905 S. 270 erklärt hatte, es handle sich nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes nicht um eine Verjährungsvorschrift, „wenngleich sie oft genug so bezeichnet werde". Es handle sich vielmehr „um eine eigenartige aus den Bedürfnissen des Unfallentschädigungsverfahrens geschöpfte Regelung des Verlustes eines Rechts durch Nichtgebrauch. Das Reichsversicherungsamt habe zwar die aus diesem rechtlichen Charakter (dabei ist wohl an die „Ausschlußfrist" gedacht!) der Vorschrift sich nach allgemeinen Grundsätzen regelnde Folgerungen nicht gezogen, weil ein öffentliches Interesse an der Beobachtung der Vorschrift nicht bestehe und deswegen die Innehaltung der Frist nicht von Amts wegen zu prüfen und der Verzicht auf das aus ihrem Ablauf erwachsene Recht der Ablehnung des Anspruchs zulässig sei. Zu einer Verjährungsvorschrift habe es dadurch aber die Vorschrift nicht machen wollen und nicht machen können". Es band deshalb in Anwendung der seit dem Plenar-Beschluß vom 5. 6. 1895 Ziff. 8 geltenden Praxis den Anspruch der Hinterbliebenen des Verletzten, für den keine Entschädigung festgesetzt war, an die zweijährige Frist vom Unfalltage ab, obwohl der Anspruch der Hinterbliebenen erst mit dem Todestage erwuchs. Eine echte Verjährungsfrist hätte nach § 198 des Bürgerlichen Gesetzbuches erst vom Todestage an laufen können.

Gerade an diesem Punkte, wo die Praxis des Reichsversicherungsamts den Unterschied zwischen Ausschlußfrist und Verjährungsfrist hervortreten ließ, hat nun aber die Reichsversicherungsordnung im § 1548 einschneidend geändert, indem sie den Hinterbliebenen die zweijährige Frist erst vom Todestage an rechnete. Sachlich wurde hierdurch die vom Reichsversicherungsamt geübte und in den §§ 1546, 1547 anerkannte subjektivierende Behandlung der begrifflich objektiven Ausschlußfrist dermaßen ausgebaut, daß diese jetzt einer Verjährungsfrist zum Verwechseln ähnlich zu sein scheint. Aeußerlich freilich hat die Reichsversicherungsordnung die Materie der „Verjährung" der Ansprüche auf Leistungen der Versicherungsträger an anderem Orte, unter den gemeinsamen Vorschriften, im § 29 Abs. 3 geregelt (vgl. Rek. Entsch. 2033 Amtl. Nachr. 1913 S. 546 vorletzter Abs.).

In dieser Materie haben wir es also zu tun mit einer sehr eigenartigen scheinbar contra legem gehenden Rechtschaffung durch das Reichsversicherungsamt, der der Gesetzgeber gefolgt ist und die er schließlich konsequenter über sich selbst hinausgeführt hat, während er doch die letzte Konsequenz seinerseits nicht zog. Wir sehen ein lebhaftes

Streben nach Vermeidung von Härten und nach einer höheren Gerechtigkeit, aber dem Wesen nach eine Begünstigung langwieriger Dunkelheit auf Kosten der Schaffung baldiger Klarheit. Die Frist zur Anmeldung des Entschädigungsanspruchs verringert sich in den ersten beiden Jahren nach dem Unfall je nach dem Zeitpunkt des Auftretens der Unfallfolgen bis auf einen Tag und weniger. Nach Ablauf der zwei Jahre sind dem Verletzten drei Monate sicher. Von einem gewissen Zeitpunkte an können die Unfallfolgen gar nicht spät genug bemerkbar werden. Ist das nun absolute Gerechtigkeit, war das die Absicht des § 59 UVG. mit seiner Ausschlußfrist? —

Trotz ihrer Jugend hat die Reichsversicherungsordnung in einer grundlegenden Frage bereits ein Gewohnheitsjuristenrecht gebildet auf dem Gebiete der sog. relativen Rechtskraft. Ein Grundsatz des bürgerlichen Prozeßrechts ist es, daß ein Kläger durch Einlegung eines Rechtsmittels keine Verschlechterung seiner Rechtsstellung erfahren darf. Diesen Grundsatz wendet das Reichsversicherungsamt auf das Einspruchsverfahren und das Verhältnis zwischen Bescheid und Endbescheid an, obwohl der Einspruch kein Rechtsmittel und das Einspruchsverfahren ein neues eigenartiges Rechtsgebilde ist. In einem in Nr. 7 der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung vom Juli 1916 erschienenen Aufsatz glaubt Verfasser die Unhaltbarkeit dieser „Rechtsübung“ dargetan zu haben.

Würde vorstehende Besprechung den Anstoß zu ihrer Fortführung und zur Einbeziehung der Rechtsübung auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wie auch der Krankenversicherung geben, so würde das gewiß manches Interessante zu Tage fördern.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 5 der Amtl. Nachr. vom 15. Mai 1916.)

I. Unfallversicherung.

Die Feststellung einer Rente als einer vorläufigen ist der Nachprüfung durch das Oberversicherungsamt unterworfen. — Dessen Entscheidung, daß es sich um eine Dauerrente handle, kann in der Rekursinstanz nicht abgeändert werden. — Die Feststellung als Dauerrente durch den Versicherungsträger ist für Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsamt bindend. — Für die Berechnung der zwei Jahre, innerhalb deren der Versicherungsträger berechtigt ist, eine vorläufige Rente festzustellen, ist der Tag des Einspruchs-, nicht des Endbescheids maßgebend (Großer Senat, 2874 S. 453).

Die bei ihrer Wiederverheiratung gemäß § 16 Abs. 2 GUVG. (§ 589 RVO.) abgefundene Witwe hat, wenn die neue Ehe nach §§ 1323 bis 1328 BGB. für nichtig erklärt wird, wieder Anspruch auf Rente, und zwar vom Tage der Einstellung ab. — Der Anspruch auf die nachzuzahlenden Rentenbeträge verjährt nach § 29 Abs. 3 RVO. erst in vier Jahren nach der Nichtigerklärung der Ehe. — Die Abfindung und die nachzuzahlenden Rentenbeträge können gegeneinander aufgerechnet werden (2875 S. 456).

Die an sich ordnungmäßige Zurücknahme des Einspruchs kann nur nach bürgerlichem Recht wegen Willensmangels angefochten werden (2876 S. 457).

II. Kranken- Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Freiwillige Kassenmitglieder haben keinen Anspruch auf Krankengeld nach § 182 Ziff. 2 RVO., wenn sie vor Eintritt der Krankheit bereits aus anderen Gründen völlig arbeitsunfähig waren (2190 S. 476).

Auch in den sogenannten dringenden Fällen steht den Versicherten nach § 184 RVO. kein im Spruchverfahren verfolgbarer Anspruch auf Krankenhauspflege zu. Ein arbeitsunfähig Erkrankter, der ohne Anordnung oder Zustimmung des Kassenvorstandes in ein Krankenhaus ging, hat nur Anspruch auf Krankenpflege und Krankengeld (§ 182 RVO.), nicht auch auf Erstattung der Kosten für den Unterhalt im Krankenhause (2191 S. 478).

Unter Hebammendiensten im Sinne des § 198 RVO., die bei der Niederkunft erforderlich werden, sind nicht lediglich solche Leistungen zu verstehen, die während des Niederkunftsakts sich als nötig erweisen (2192 S. 480).

Ein dringender Fall im Sinne des § 368 RVO. liegt auch dann vor, wenn sich die Verschaffung der notwendigen fachärztlichen Behandlung eines Versicherten dadurch verzögert, daß ihm die Inanspruchnahme des Facharztes der Kasse durch das Verhalten der Kasse und des Vertreters eines Kassenarztes unmöglich gemacht wird. — Eine Röntgenbestrahlung ist als ärztliche Behandlung, nicht als Heilmittel im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. anzusehen (2193 S. 482).

Mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt ist nach § 1624 RVO., § 88 Ziff. 2 Vrdg. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter nicht erforderlich, wenn bei einem Anspruch auf Waisenrente die Entscheidung über Erfüllung der Wartezeit des verstorbenen Versicherten von der Feststellung des Beginns seiner Invalidität abhängt (2194 S. 483).

Die im § 169 RVO. genannten Beschäftigten sind nur dann versicherungsfrei, wenn ihnen die dort bezeichneten Ansprüche gegen ihren Arbeitgeber auf Grund des derzeitigen Beschäftigungsverhältnisses zustehen (2195 S. 484).

Eine Satzungsbestimmung, die die Gewährung eines erhöhten Hausgeldes (§ 194 Ziff. 1 RVO. von einer halbjährigen ununterbrochenen Mitgliedschaft und ebenso langen Beitragsleistung abhängig macht, ist ungesetzlich. — Anspruch auf diese Mehrleistung kann auf Grund solcher Bestimmung nur erhoben werden, wenn feststeht, die Kasse habe die Mehrleistung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gewähren wollen (2196 S. 486).

Zu den rückständigen Beiträgen, deren Ein- bis Fünffaches nach § 531 RVO. dem wegen verspäteter Abmeldung bestraften Arbeitgeber auferlegt werden kann, gehören auch die Beiträge, die nach § 397 Abs. 1 für verspätet abgemeldete Versicherte nachzuzahlen sind (2197 S. 487).

Arbeitgeber, die bei Ausbruch des Krieges russisch-polnische Zeitarbeiter beschäftigten, brauchen seit dem 5. Oktober 1914 die in § 1233 Abs. 2 RVO. bezeichneten Beiträge nicht mehr zu zahlen und Beitragsmarken nicht mehr zu verwenden (2198 S. 489).

Art. 29 Einf.Ges. zur Reichsversicherungsordnung gilt auch für solche landkassenpflichtige Versicherte, die beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung freiwillige Mitglieder einer Ortskrankenkasse gewesen sind (2199 S. 491).

B. Allgemeines.

Versicherungspflicht der aus dem besetzten Feindesland zur Arbeit im Inland angeworbenen Arbeiter.

Rek.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 3. Mai 1916 (Ia 867/16—14 B).

Zutreffend ist das Oberversicherungsamt bei der Entscheidung über den Entschädigungsanspruch des Klägers davon ausgegangen, daß der Kläger, obwohl Ausländer, nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung und der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts grundsätzlich ebenso zu behandeln ist wie ein Inländer. (Zu vgl. §§ 216, 596, 615, 617, (950, 955), 1116, 1117, 1216, 1233, 1268, 1313, 1316, 1317 RVO.). Daß die Zugehörigkeit zu einem feindlichen Auslandsstaate für die Geltendmachung des Entschädigungsanspruchs als solchen, sofern sich der Verletzte im Inlande aufhält, keine Ausnahme von diesem Grundsatz rechtfertigt, hat der erkennende Senat bereits in der Rekursentscheidung vom 15. Dezember 1915 (Ia 1412/15) ausgesprochen, an der festzuhalten ist. Im übrigen hat der Vorderrichter mit Recht die Entscheidung weiter darauf abgestellt, ob der Kläger als freier oder unfreier Arbeiter anzusehen ist. Nach § 544 RVO. sind zwar gegen Unfälle bei Betrieben oder Tätigkeiten, die nach §§ 537 bis 542 der Versicherung unterliegen, schlechthin „Arbeiter" usw. versichert, wenn sie in diesen Betrieben oder Tätigkeiten beschäftigt sind. Indessen hat das Gesetz nicht in die ständige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts eingreifen wollen, wonach auf allen Versicherungsgebieten Voraussetzung der Versicherungspflicht die persönliche Freiheit ist. Dieses Erfordernis der Arbeitereigenschaft muß auch bei der Auslegung des neuen Gesetzes anerkannt werden, dessen Bestimmungen nicht unabhängig von der geschichtlichen Entwickelung des Arbeiterversicherungsrechts zu erfassen sind. Der Begriff der Freiheit ist ein schwankender. Er gehört zu den Ausfüllungsbegriffen, wie sie für eine, den wechselnden Bedürfnissen des Rechtslebens entsprechende rechtliche Ordnung der Verhältnisse die Regel bilden müssen, ganz besonders aber auf dem Gebiete des sozialen Versicherungsrechts unerläßlich sind, das wirtschaftliche Beziehungen von großem, schwer zu übersehendem Umfange und von einer dem steten Wechsel unterliegenden Mannigfaltigkeit zu regeln bestimmt ist. Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts hat von vornherein von der Versicherungspflicht ausgenommen Gefangene und

andere, in öffentlichen Besserungsanstalten, Arbeitshäusern und ähnlichen Zwangsanstalten untergebrachte Personen. (Zu vgl. Handb. der Unfallvers., 3. Aufl. Bd. I S. 59/60). Allein, wenn auch hier der unmittelbare Arbeitszwang und in neueren Entscheidungen der Gesichtspunkt des mittelbaren Arbeitszwangs in den Vordergrund gerückt erscheint, so ist doch stets davon ausgegangen worden, daß es einen bestimmten Begriff der persönlichen Unfreiheit nicht gibt und der obrigkeitliche Zwang zur Arbeit eben nur eine besondere Form und Ausgestaltung der persönlichen Unfreiheit ist. Der leitende Grundgedanke hat in der Anleitung des Reichsversicherungsamtes über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 zu 23d (Amtl. Nachr. 1912 S. 746) einen zutreffenden Ausdruck gefunden, wonach versicherte Arbeiter nur solche Personen sind, die an dem freien wirtschaftlichen Austausch von Arbeit und Lohn teilnehmen können. Von der freien wirtschaftlichen Betätigung in Angebot und Nachfrage ist also auszugehen. Daneben besteht innerhalb eines geordneten Staatswesens ein wechselnder Zwang aller Art in bezug auf die persönliche Freiheit. Wieweit diese Beeinträchtigungen der persönlichen Freiheit gehen können, ohne die Freiheit auf dem für das Arbeiterversicherungsrecht maßgebenden wirtschaftlichen Gebiete auszuschalten, kann nur von Fall zu Fall entschieden werden.

Von diesem Standpunkte aus hat der Vorderrichter die Sach- und Rechtslage zutreffend gewürdigt. Der Kläger gehört zu den im feindlichen Ausland angeworbenen Arbeitern, die auf Grund eines freien Arbeitsvertrages nach Deutschland gekommen sind, und deren Anwerbung sich in derselben Weise vollzieht wie die der Mehrzahl der heimischen Arbeiter, nämlich durch Arbeitsnachweis. Es ist richtig, daß er, wie seine Arbeitsgenossen in gleicher Lage, erheblichen Aufenthaltsbeschränkungen, Meldepflichten und dergleichen unterliegt, die in der Hauptsache in der Verordnung des stellvertretenden 7. Generalkommandos vom 1. November 1915 niedergelegt sind. Insbesondere ist es diesen Arbeitern grundsätzlich verboten, das Inland rechtswidrig zu verlassen. Sie dürfen ihre Arbeitsstelle nicht ohne schriftliche Genehmigung der Ortspolizeibehörde überschreiten. Der Uebergang in eine neue Arbeitsstelle ist nur unter Beachtung der für die Umschreibung der Arbeiterlegitimationskarte geltenden Vorschriften zulässig und, wenn die Arbeitsstelle in einem anderen Ortsbezirk desselben Ortspolizeibezirks liegt, an die Genehmigung der Ortspolizeibehörde, wenn sie in einem anderen Ortspolizeibezirk liegt, an die Genehmigung des für die bisherige Arbeitsstelle zuständigen Landrats (in Stadtkreisen des 1. Bürgermeisters) gebunden. Zuwiderhandlungen gegen diese Bestimmungen sind unter empfindliche Strafen gestellt. Im übrigen genießen auch jene Arbeiter, wie schon der Vorderrichter zutreffend hervorgehoben hat, ein erhebliches Maß der persönlichen Freiheit. Sie können sich an ihrem Wohnorte wie andere freie Arbeiter bewegen, ihre Wohnung nach Belieben wählen und innerhalb des Ortspolizeibezirks die Arbeitsstelle wechseln. Die Parteien sind ferner darüber einig, daß in zahlreichen Fällen den angeworbenen Arbeitern die Rückkehr in die Heimat von den zuständigen Behörden bewilligt worden ist. Hiernach handelt es sich lediglich um eine durch öffentlich-rechtliche Maßnahmen in Rücksicht auf den Kriegszustand weiter beschränkte Freizügigkeit, nicht aber um eine im Verwaltungswege geschaffene persönliche Unfreiheit. Daß dies auch die Auffassung des in Betracht kommenden Generalkommandos gewesen ist, beweist das vom Kläger überreichte, an den Verein für bergbauliche Interessen im Oberbergamtsbezirk Dortmund gerichtete Schreiben des stellvertretenden kommandierenden Generals vom 26. Februar 1916. Darin wird gegenüber den Klagen über den häufigen Arbeitswechsel betont, die in gewissen Grenzen den russisch-polnischen Arbeitern gewährte Freizügigkeit sei für das ganze Reich durch einen Erlaß des Kriegsministeriums, dem der Befehl vom 1. November 1915 inhaltlich entspreche, angeordnet. Der Erlaß habe diese Freizügigkeit vorgesehen, um den aus dem besetzten Gebiet zu freier Arbeitsleistung eingeführten Arbeitern den Aufenthalt im Inlande möglichst angenehm zu gestalten. Diese Auffassung ist rechtlich nicht zu beanstanden. Da sich die in Frage kommenden Arbeiter grundsätzlich im Besitze der freien Verfügungsfähigkeit über ihre Arbeitskraft befinden und in der Lage sind, neue freie Arbeitsverträge abzuschließen, so sind die bestehenden Melde- und Aufenthaltsbeschränkungen nicht geeignet, für sie einen Zustand der die Versicherungspflicht ausschließlichen persönlichen Unfreiheit zu begründen. Ihre Lage ist eine ähnliche wie die nach §§ 38, 39 des Strafgesetzbuchs der Polizeiaufsicht unterstehender Personen, denen der Aufenthalt an einzelnen bestimmten Orten — nach der herrschenden Rechtslehre sogar an bestimmten Orten derselben Ortschaft — untersagt werden kann, und deren Versicherungspflicht niemals in Zweifel gezogen worden ist. Nach alledem ist dem Oberversicherungsamt unbedenklich darin beizutreten, daß die russisch-polnischen Arbeiter, die erst während des Krieges im besetzten Gebiet angeworben und freiwillig und mit Genehmigung der zuständigen Behörde nach Deutschland gekommen sind, um hier zu arbeiten — zu denen der Kläger gehört —, als freier Arbeiter anzusehen sind

und ihre Versicherungspflicht gegen Betriebsunfälle zu bejahen ist. („Kompaß“.)

Versicherungspflicht der Befestigungsarbeiter (Armierungsarbeiter) im Kriege.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 12. Febr. 1916 (2187 Amtl. Nachr. 1916 S. 438).

Mit Recht hat das Versicherungsamt die Versicherungspflicht des P. bejaht. Nach § 1226 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 RVO. sind Arbeiter versicherungspflichtig, wenn sie gegen Entgelt beschäftigt werden. Das war vorliegend der Fall, da P. gegen einen Tagelohn von 4 bis 5 M. gearbeitet hat. Die Voraussetzungen, unter denen Lohnarbeiter ausnahmsweise versicherungsfrei sind, liegen nicht vor. Gemäß § 1235 Nr. 2 sind Personen des Soldatenstandes versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 1226 bezeichneten Tätigkeiten im Dienste ausüben. Diese Vorschrift ist hier nicht anzuwenden, weil die durch Privatdienstvertrag angenommenen Befestigungsarbeiter nicht Personen des Soldatenstandes sind. Sie gehören weder zu den aktiven Soldaten des Friedensstandes noch zu denen des vorübergehenden Dienststandes, wie er namentlich für den Krieg in Frage kommt (zu vgl. § 38 des Reichs-Militärgesetzes und Artikel II §§ 26, 30 des Reichsgesetzes, betreffend Aenderungen der Wehrpflicht, vom 11. Februar 1888, RGBl. S. 11). Der Umstand, daß die Befestigungsarbeiter sich beim kriegführenden Heere aufhalten und somit nach § 155 des Militärstrafgesetzbuchs, § 2 Nr. 3 der Disziplinarstrafordnung für das Heer den Vorschriften des Militärstrafgesetzbuchs, insbesondere den Kriegsgesetzen, sowie der bezeichneten Disziplinarstrafordnung unterliegen, verleiht ihnen nicht die Eigenschaft als Personen des Soldatenstandes (zu vgl. Entsch. des Reichsmilitärgerichts Bd. 19 S. 112 Nr. 33). Auch die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 27. Dezember 1899 über die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Versicherungspflicht (zu vgl. Amtl. Nachr. 1900 S. 181) greift nicht durch. Nach Nr. 1 a. a. O. sind Personen, die berufsmäßig Lohnarbeit überhaupt nicht verrichten, versicherungsfrei, wenn sie nur gelegentlich, insbesondere zu gelegentlicher Aushilfe, oder zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber gegen einen geringfügigen Entgelt arbeiten, der für die Dauer der Beschäftigung zum Lebensunterhalte nicht ausreicht und zu den für diese Zeit zu zahlenden Beiträgen nicht in entsprechendem Verhältnis steht. Beides trifft für P. nicht zu. Er war insgesamt elf Wochen, also nicht nur gelegentlich, beschäftigt. Seine Tätigkeit wurde auch nicht nebenher ausgeübt, da sie seine Arbeitskraft vollständig in Anspruch genommen hat. Ebensowenig kann die ihm gezahlte Vergütung von 4 bis 5 M. täglich als geringfügig im Sinne der Bekanntmachung gelten. Die Vorschrift des § 1393 Abs. 1 Nr. 2 RVO., auf die sich die Militärverwaltung beruft, ist gleichfalls nicht anwendbar. Danach werden unter der Voraussetzung des Abs. 2 a. a. O. Zeiten, in denen ein Versicherter während einer Mobilmachung oder eines Krieges freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet, als Beitragswochen II. Lohnklasse angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Der Begriff der „militärischen Dienstleistung“, der in der Reichsversicherungsordnung nicht näher bestimmt wird, umfaßt nicht alle Dienstleistungen für militärische Zwecke. Sonst wäre beispielsweise auch die Tätigkeit einer weiblichen Person, die im Auftrag der Militärverwaltunng Bekleidungsstücke für Militärpersonen anfertigt, als eine militärische Dienstleistung anzusehen. Das würde der natürlichen Auffassung widersprechen. Eine militärische Dienstleistung setzt vielmehr begrifflich ein militärisches Dienstverhältnis voraus. Demgemäß werden die militärischen Dienstleistungen im Sinne der Nr. 2 a. a. O., ebenso wie die Erfüllung der Wehrpflicht (Nr. 1 a. a. O.), im § 1281 Nr. 1, § 1419 Abs. 3, § 1438 Abs. 1 RVO. als „Militärdienst“ bezeichnet, der nach § 1438 Abs. 1 durch die Militärpapiere, also durch Ausweise über die Militärverhältnisse des Inhabers, nachzuweisen ist. Unter einem militärischen Dienstverhältnis in dem für § 1393 Abs. 1 Nr. 2 in Betracht kommenden Sinne ist nur ein solches von Personen des Soldatenstandes zu verstehen. Hierfür spricht schon der Zusammenhang mit § 1393 Abs. 1 Nr. 1. Diese Vorschrift gilt zweifellos nur für Personen des Soldatenstandes. Denn sie betrifft die Anrechnung von Wochen, in denen ein Versicherter in Friedens-, Mobilmachungs- oder Kriegszeiten zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogen war. Dagegen spricht § 1393 Abs. 1 Nr. 2 von „freiwilligen“ militärischen Dienstleistungen in Mobilmachungs- und Kriegszeiten. Die Gegenüberstellung der Worte „zur Erfüllung der Wehrpflicht“ und „freiwillig“ in den unmittelbar aufeinanderfolgenden Vorschriften deutet darauf hin, daß sich die militärischen Dienstleistungen im Sinne der Nr. 2 von den in Nr. 1 behandelten, abgesehen von der Beschränkung auf Mobilmachungs- und Kriegszeiten, lediglich durch ihre Freiwilligkeit unterscheiden. Daraus ergibt sich, daß auch Nr. 2 nur für Personen des Soldatenstandes gilt. Ferner betreffen sowohl Nr. 1 wie Nr. 3 ausschließlich Verhältnisse, die an sich versicherungsfrei sind. Personen des Soldatenstandes (Nr. 1) sind als solche nicht versicherungspflichtig, weil sie nicht zu den Lohnarbeitern gehören (zu vgl. Rev.Entsch. 2071, Amtl. Nachr. 1915 S. 635). Werden

sie dienstlich als Arbeiter beschäftigt, so sind sie nach § 1235 Nr. 2 versicherungsfrei. Auch während einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit (§ 1393 Abs. 1 Nr. 3) besteht an sich keine Versicherungspflicht. Aus der Zusammenstellung der Vorschriften mit Nr. 2 ist zu folgern, daß diese sich nur auf solche militärischen Dienstleistungen bezieht, die gleichfalls stets versicherungsfrei sind. Das ist nur bei Personen des Soldatenstandes der Fall. Nr. 2 gilt daher beispielsweise für Kriegsfreiwillige, also noch nicht oder nicht mehr Wehrpflichtige, die während eines Krieges in das Heer oder in die Marine eintreten, sowie für Personen, die früher in einem militärischen Dienstverhältnis standen und auf Grund freiwilliger Meldung während einer Mobilmachung oder eines Krieges als Personen des Soldatenstandes verwendet werden. Diese Auslegung entspricht auch dem Zwecke des § 1393 Abs. 1. Die hier bezeichneten Militärdienst- und Krankheitszeiten werden als Beitragswochen nur denen angerechnet, die vorher nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt waren (zu vgl. § 1393 Abs. 2). Die durch die Bekanntmachung des Stellvertreters des Reichskanzlers über die Anrechnung von Militärdienstzeiten usw. vom 23. Dezember 1915 (RGBl. S. 845) bestimmte Ausdehnung des § 1393 auf freiwillig Versicherte bleibt bei Prüfung des Zweckes dieser Vorschrift außer Betracht. Unter einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im Sinne des § 1393 Abs. 2 ist nur eine Tätigkeit zu verstehen, die nach §§ 1226 ff. der Versicherungspflicht unterliegt. § 1393 will somit Versicherte schützen, die durch militärische Dienstleistungen oder Krankheit verhindert werden, eine nach jenen Vorschriften versicherungspflichtige Beschäftigung auszuüben. Als militärische Dienstleistungen können demnach nur solche gelten, die nicht selbst nach §§ 1226 ff. versicherungspflichtig sind. Denn sonst hindern sie die Ausübung einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nicht, da sie ihrerseits Versicherungspflicht bedingen. Der Zusatz im § 1393 Abs. 1 „ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen" gestattet keine andere Auslegung. Er war im § 17 Abs. 2 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes vom 22. Juni 1889, dem § 1393 RVO. entspricht, nicht enthalten. Der Zusatz findet sich zuerst im Invalidenversicherungsgesetze vom 13. Juli 1899 und hatte nur redaktionelle Bedeutung (zu vgl. die Begr. zum Entw. des Invalidenversicherungsgesetzes S. 263). Es kann daher nicht angenommen werden, daß durch ihn eine Beschäftigung, welche, wie die der Befestigungsarbeiter, nach ausdrücklicher Vorschrift des § 1226 RVO. grundsätzlich versicherungspflichtig ist, wieder für versicherungsfrei erklärt werden sollte. Das hätte bei den Vorschriften über Versicherungsfreiheit (§§ 1227, 1232 ff.) bestimmt werden müssen, nicht aber im § 1393, der nur die Anrechnung von Militärdienst- und Krankheitszeiten auf die Wartezeit betrifft. Dabei kann unerörtert bleiben, wie der Zusatz für den hier nicht vorliegenden Fall auszulegen ist, daß ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis auch während militärischer Dienstleistungen oder einer Erkrankung fortbesteht (zu vgl. Rev.Entsch. 340, sowie Entsch. 1933 vorletzter Absatz und 1969, Amtl. Nachr. 1894 S. 92, 1914 S. 813, 1915 S. 371). § 1393 Abs. 1 Nr. 2 gilt somit nach Zusammenhang und Zweck, Entstehungsgeschichte und Stellung nur für Personen des Soldatenstandes. Zu diesen gehören aber die durch Privatdienstvertrag angenommenen Befestigungsarbeiter nicht. Demnach ist es unerheblich, daß sie, wie die Militärverwaltung geltend macht, in strafrechtlicher und disziplinarischer Hinsicht ebenso wie die Armierungssoldaten behandelt werden, die gleichen Arbeiten wie diese verrichten und den gleichen Gefahren des Krieges ausgesetzt sind. Alles das genügt nicht, um ihre Beschäftigung als eine militärische Dienstleistung im Sinne des § 1393 Abs. 1 Nr. 2 erscheinen zu lassen. Sie sind daher versicherungspflichtig, soweit nicht im einzelnen Falle die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 27. Dezember 1899 über die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Versicherungspflicht anzuwenden ist.

Der Senat hat nicht verkannt, daß die Durchführung der Versicherung für die Befestigungsarbeiter gewissen Schwierigkeiten begegnet. Diese können aber nicht als unüberwindlich angesehen werden, zumal da erwartet werden darf, daß die Landesversicherungsanstalten bereit sein werden, die Militärverwaltung dabei möglichst zu unterstützen. Sollte eine rechtzeitige Markenverwendung (zu vgl. §§ 1428, 1429) für die jetzt noch beschäftigten Arbeiter bei der Geschäftslage der zuständigen Stellen untunlich sein, so könnten die Landesversicherungsanstalten nach § 1430 auch gestatten, daß die Marken zu anderer Zeit eingeklebt werden. Im übrigen wird sich die Beitragsleistung vielfach verhältnismäßig einfach gestalten. Eine Ermittlung des Grundlohns, der nach § 1246 Abs. 2 Nr. 1 bei Mitgliedern von Krankenkassen für die Höhe der Beiträge maßgebend ist, kommt nicht in Frage, soweit den Befestigungsarbeitern die in § 169 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Ansprüche gewährleistet sind und sie demnach nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen. Dann bestimmt sich die Lohnklasse gemäß § 1246 Abs. 2 Nr. 3, § 153 nach dem dreihundertfachen Betrage des am Beschäftigungsorte geltenden Ortslohns. Beschäftigungsort ist nach § 153 Abs. 1 der Ort,

wo die Beschäftigung tatsächlich stattfindet. Diese Regel erleidet nach § 153 Abs. 2 bis 4 gewisse Ausnahmen, so daß unter Umständen der Ortslohn am Sitze einer Fortifikation auch für die von ihr anderwärts beschäftigten Arbeiter maßgebend ist. Soweit die Beschäftigung noch stattfindet, können die Beitragsanteile der Arbeiter von dem Lohne auch für Zeiten abgezogen werden, die vor der vorletzten Lohnzahlung liegen (zu vgl. § 1432). Denn die rechtzeitige Markenverwendung ist ohne Verschulden der Militärverwaltung unterblieben, weil es sich um eine ganze Personengruppe handelt, die bisher als versicherungsfrei angesehen wurde und erst durch die vorliegende Entscheidung endgültig für versicherungspflichtig erklärt wird (zu vgl. § 1433 und Hanow-Lehmann, 3. Aufl. Anm. 3 zu zu § 1433). Nach alledem war die Beschwerde zurückzuweisen.

C. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend § 214 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung.

Vom 14. Juni 1916 (RGBl. S. 516)

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. Aug. 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Dem Aufenthalt im Ausland im Sinne des § 214 Abs. 3 RVO. gilt nicht gleich ein Aufenthalt im Ausland, der durch Einberufung zu Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten für das Reich oder eine ihm verbündete Macht verursacht ist.

Dies gilt auch für die entsprechenden Bestimmungen in den Satzungen der Ersatzkassen (§ 503 ff. RVO.).

Einer Satzungsänderung auf Grund dieser Vorschrift bedarf es für die Kassen nicht.

§ 2 Die Vorschrift des § 1 tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft. Die Verjährungsfrist des § 223 Abs. 1 RVO. beginnt frühestens mit dem Tage der Verkündung. Für Krankheitsfälle mit höchstens einwöchiger, drei Monate vor dem Verkündungstage wieder behobener Arbeitsunfähigkeit sind Kassenleistungen nicht zu gewähren.

Ansprüche, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieser Verordnung schwebt, unterliegen deren Vorschriften. Ihre Nichtanwendung gilt, soweit Revision nach § 1695 RVO. zulässig ist, auch dann als Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte.

Sind Ansprüche, die nach den Vorschriften dieser Verordnung begründet sind, nach dem 31. Juli 1914 rechtskräftig abgelehnt worden, so hat die Krankenkasse auf Antrag des Berechtigten einen neuen Bescheid zu erteilen.

Mindestbetrag des Wochengeldes Versicherter in der Kriegszeit. Keine Anrechnung des Mehrbetrags einzelner Wochen auf den Mindestbetrag anderer.

a) Bescheid des **Reichskanzlers** (Reichsamt des Innern) vom 27. Mai 1916 (II 3383); b) Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** vom 25. April 1916 (10 409 W).

a)

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Bonn hat in einer Eingabe an das Reichsamt des Innern vorgetragen: Der Bescheid des Herrn Reichskanzlers v. 10. Dezember 1914 (Nr. II 10 072 Arb.Vers. 1915 S. 10) sei bisher dahin aufgefaßt worden, daß den Wöchnerinnen ein Mindestbetrag an Wochengeld in Höhe von 1 M. täglich gewährleistet sein sollte. Im Hinblick auf den Zusatz in dem Bescheide „also von 7 M. wöchentlich" stellten sich die Versicherungsbehörden jetzt auf den Standpunkt, daß eine Wöchnerin, die von einer Krankenkasse als Versicherte ein höheres Wochengeld als 1 M. für den Tag und hierdurch für die sechs Tage bereits einen höheren Betrag als 7 M. für die Woche erhält, für die Sonntage den vorgesehenen Mindestbetrag von 1 M. auf Kosten des Reichs nicht mehr erhalten soll; dies habe das Oberversicherungsamt Karlsruhe in einer Entscheidung vom 29. Januar 1916 (Arb.Vers. 1916 S. 174) ausgesprochen und das Versicherungsamt der Stadt Bonn vertrete gleichfalls diesen Standpunkt. Dies erschien nach §§ 195, 182 RVO. und § 3 der Bek. v. 3. Dezember 1914 nicht gerechtfertigt. Es werde daher um eine Aeußerung über die Frage gebeten.

Hierauf erging folgender Bescheid des Reichskanzlers:

Wie aus den Eingangsworten meines Bescheides vom 10. Dezember 1914 hervorgeht, soll durch die Gewährung eines Wochengeldes von sieben Mark wöchentlich eine gleichmäßige Behandlung der versicherten und der nicht versicherten Ehefrauen von Kriegsteilnehmern auf Grund der Bekanntmachung, betreffend Wochenhilfe während des Krieges erreicht werden. Beträgt daher das Wochengeld nach der Satzung der Krankenkasse wöchentlich mindestens sieben Mark, auch wenn für Sonn- und Feiertage kein Wochengeld gewährt

wird, so tritt eine Beteiligung des Reiches an den Wochengeldzahlungen nicht ein.

Die Entscheidung des Oberversicherungsamts Karlsruhe vom 29. Januar 1916 trifft daher zu.

b)

Die Tagelöhnersfrau Anna H. erhielt von der Landkrankenkasse M. aus Anlaß ihrer am 8. Febr. 1916 erfolgten Niederkunft den einmaligen Betrag zu den Kosten der Entbindung mit 25 M. sowie 56 M. Wochengeld, nämlich 36 Tage je 1,25 M. satzungsmäßiges Wochengeld und 11 Tage zu 1 M. Reichswochengeld. Sie glaubt Anspruch auf 21 M. Reichswochengeld zu besitzen, da sie satzungsgemäß nur auf 5 Wochen Wochengeldanspruch besitze und ihr daher nicht für 11, sondern für 21 Tage das Reichswochengeld zustehe. Die Landkrankenkasse M. vertritt dagegen den Standpunkt, daß sie, da das satzungsgemäße Wochengeld den Betrag von täglich 1,25 M. überschreite, berechtigt sei, den Ueberschuß bei Gewährung des Reichswochengeldes in Ansatz zu bringen, so daß sie nur den Differenzbetrag zwischen der Gesamtsumme des satzungsmäßigen Wochengeldes und der Gesamtsumme des Reichswochengeldes, im vorliegenden Falle also 56—45=11 M. zu zahlen habe. Mit Rücksicht auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. September 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 757) erklärt sich die Kasse bereit, auch noch für den 57. Tag 1 M. Wochengeld zu gewähren. Die weitere Gewährung von Wochengeld lehnte sie ab. Das Versicherungsamt verurteilte jedoch die Kasse zur Zahlung von noch 10 M. Wochengeld. Aus den Gründen:

Nach § 5 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 über die Wochenhilfe während des Krieges erhalten Ehefrauen von Kriegsteilnehmern, die sowohl auf Grund ihrer eigenen Kassenmitgliedschaft, wie auf Grund der Kassenzugehörigkeit ihres Ehemannes Anspruch auf Kriegswochenhilfe besitzen, das Wochengeld, soweit es auf Grund der Satzung beruht, nicht zu Lasten des Reichs, sondern zu Lasten ihrer Krankenkasse. Die übrigen Leistungen trägt das Reich, d. h. es übernimmt auch das Wochengeld, soweit es auf den Betrag von 1 M. täglich erhöht werden muß, weil das satzungsgemäße Wochengeld unter diesem nach § 3 Ziff. 2 der Bekanntmachung für Kriegerfrauen festgesetzten täglichen Betrage bleibt oder soweit es nicht für volle acht Wochen gewährt wird. Die Frage der Berechnung des Wochengeldes selbstversicherter Ehefrauen von Kriegsteilnehmern hat schon bald nach Einführung der Reichswochenhilfe zu Zweifeln Anlaß gegeben. Der Reichskanzler (Reichsamt des Innern) hat sich bereits in einem Bescheide vom 10. Dezember 1914 (Arb.Vers. 1915 S. 10) dahin geäußert, daß „das Wochengeld mindestens in Höhe von 1 M. täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage, also von 7 M. wöchentlich gewährt wird“ und daß, „wenn die satzungsmäßigen Leistungen der Kasse an Wochengeld niedriger als 1 M. täglich oder 7 M. wöchentlich sind, der an diesen Sätzen fehlende Betrag dem Reiche zur Last zu legen ist“. Der Reichskanzler hat diese Anschauung auch in einem weiteren Bescheide vom 2. Juli 1915 (ebenda 1915 S. 634) aufrecht erhalten (vgl. auch Arb.Vers. 1916 S. 95 Ziff. 7). Der Grund, warum die Bescheide des Reichskanzlers das Wochengeld nicht als eine Gesamtleistung von 8 mal 7 M. gleich 56 M. ansehen und demgemäß diesen Gesamtbetrag mit dem Gesamtbetrag des satzungsmäßigen Wochengeldes in Vergleich setzen, dürfte darin zu suchen sein, daß das Wochengeld der Kasse wie das Kriegswochengeld wöchentlich zu zahlende Leistungen sind (§ 210 RVO.; § 7 Abs. 2 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914). Es ist daher jede Kalenderwoche für sich zu berechnen und zu sehen, ob die Gesamtsumme des in der Kalenderwoche fälligen satzungsmäßigen Wochengeldes den Betrag von 7 M. übersteigt oder nicht; wo dies etwa in einer Woche nicht der Fall ist, hat die Erhöhung des Wochengeldes auf den Betrag von 7 M. die Woche stattzufinden (vgl. auch Entsch. des Oberversicherungsamtes Karlsruhe vom 29. Januar 1916 in Arb. Vers. 1916 S. 174). Anderseits kann bei dem Charakter des Wochengeldes als einer wöchentlich fälligen Leistung, nach Anschauung des Versicherungsamtes, falls das satzungsgemäße Wochengeld in einer Woche den Betrag von 7 M. übersteigt, der Ueberschuß nicht auf eine andere Woche angerechnet werden, in welcher der Gesamtbetrag des Wochengeldes etwa unter 7 M. bleibt

Legt man diese Grundsätze dem Wochenhilfeanspruch der Taglöhnersfrau Anna H. zu Grunde, so ergibt sich zunächst, daß ihr satzungsgemäß gegen die Landkrankenkasse M. ein Anspruch auf ein tägliches Wochengeld von 1,25 M. für fünf Wochen, zusammen gemäß der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. September 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 757) auf 36 × 1,25 M. = 45 M. zusteht.

In diesen ersten fünf Wochen überschreitet der wöchentliche Gesamtbetrag an satzungsmäßigen Wochengeld die Summe von 7 M., so daß eine Erhöhung nicht stattzufinden hat. In der 6., 7. und 8. Woche findet ein Wochengeldbezug auf Grund der Satzung überhaupt nicht statt. Hier kann jedoch nicht ein Ausgleich durch den Ueberschußbetrag des satzungsgemäßen Wochengeldes in den ersten fünf Wochen stattfinden, vielmehr hat das Reich voll einzutreten, so daß zu 3 × 7 = 21 M. zu leisten sind.

Die Landkrankenkasse M. hat daher an Anna H. aus Anlaß ihrer Niederkunft 45 M. (satzungsmäßiges Wochengeld) und 21 M. (Reichswochengeld) also insgesamt 66 M. zu zahlen. Da sie 56 M. bereits geleistet hat, muß sie nunmehr den Differenzbetrag von 10 M. gewähren.

Krankenhauspflege schließt jeden Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld, auch auf Kriegswochengeld aus.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** vom 11. November 1915 (21 323 K).

Die Entscheidung der strittigen Frage hängt davon ab, ob § 195 Abs. 3 Halbs. 1 RVO. sowie der in Literatur und Rechtsprechung anerkannte Satz, daß eine Wöchnerin neben Krankenhauspflege nach § 184 RVO. nicht noch Krankengeld oder Wochengeld nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung beanspruchen kann (Stier-Somlo Komm. zur RVO. Anm. 8 zu § 195, Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 7 zu § 195), auch auf die Fälle der Reichswochenhilfe nach der Bekanntmachunng vom 3. Dezember 1914 anzuwenden ist.

In der zur Kriegswochenhilfe ergangenen Literatur ist fast einstimmig die Ansicht vertreten, daß neben dem Wochengeld, daß eine Kasse nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 im Zusammenhang mit § 195 Abs. 1 RVO. an die bei ihr versicherten Wöchnerinnen zu gewähren hat, ein Krankengeld nicht zu leisten ist, daß also in dieser Richtung auch Abs. 3 Halbs. 1 des § 195 RVO. einschlägig ist (so Weymann in Monatsschr. f. Arb.u.Angest.Vers. 1915 S. 227 f., Sonderhoff in Arb.Vers. 1915 S. 5, Mayer in „Ortskrankenkasse" 1915 S. 42, von Frankenberg ebenda S. 56, Arb.Vers. 1915 S. 360 und S. 545, 546). Dieser Ansicht ist aus folgenden Gründen beizupflichten:

Das Reichsamt des Innern selbst betont („Krankenversicherung" 1915 Nr. 2 S. 9 unter Ziff. 2), daß mit der Reichswochenhilfe keine Doppelleistungen beabsichtigt seien. Erfüllt nun eine Wöchnerin die Voraussetzungen des § 195 RVO. und erhält sie die Reichswochenhilfe nach der Verordnung vom 3. Dezember 1914, so ist das satzungsmäßige Wochengeld nach § 5 dieser Verordnung von der Kasse selbst zu tragen. Wird nun die Wöchnerin während des Wochengeldbezugs krank, so müßte die Kasse sowohl Krankengeld wie auch Wochengeld aus eigenen Mitteln zahlen. Dieser für die Kasse ungünstige Fall wird nun bei Anwendung des § 195 Abs. 3 Halbs. 1 RVO. vermieden. Eine Schädigung der Wöchnerin kann nicht eintreten, da das Wochengeld gleich hoch mit dem Krankengeld ist. Da beide Leistungen sowohl das Krankengeld wie auch das satzungsmäßige Wochengeld in diesem Fall Kassenleistungen sind, kann Abs. 3 des § 195 RVO., ohne in der Verordnung besonders erwähnt zu sein, Anwendung finden. Ist aber § 195 Abs. 3 RVO. hier einschlägig, so gilt im gleichen Rahmen auch die Bestimmung, daß die Krankenhauspflege jegliche Barleistungen an Kranken- und Wochengeld ausschließt.

Diese Regeln lassen nun bezüglich ihrer Anwendbarkeit auf die Wochengeldleistungen, die nach § 1 der Verordnung vom 3. Dezember 1914 zu gewähren und gemäß § 5 Abs. 2 der Kasse vom Reich erstattet werden, folgende Würdigung zu:

§ 195 Abs. 3 RVO. ist an sich für Leistungen bestimmt, die den gleichen Verpflichteten treffen. In vorliegendem Fall dagegen handelt es sich um zwei verschiedene endgültige Schuldner; das Wochengeld wird der Kasse vom Reiche erstattet, während für das Krankengeld ein Ersatz nicht erfolgt. Hierdurch wird aber die Anwendbarkeit des § 195 nicht ausgeschlossen. Die durch die Verordnung vom 3. Dezember 1914 eingeführte Reichswochenhilfe ist eine selbständige Leistung, ein aus Anlaß der Entbindung zu den sonstigen Reichsleistungen an Kriegerfrauen (Ges. vom 28. Februar 1888 und 4. August 1914) gewährter Zuschuß; aber auch das Kassenwochengeld ist gegenüber dem Krankengeld eine „rechtliche selbständige Leistung" (Begr. zur RVO. S. 159). Schließt nun bei Kassenwochengeldbezug der Abs. 3 des § 195 das Krankengeld aus, so muß schon aus Billigkeitsgründen anzunehmen sein, daß dies auch bei der reichsrechtlich bestimmten, der Form und Art nach der Wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung angeglichenen Wochenhilfe in gleicher Weise gehandhabt werden soll. Die amtliche Mitteilung, daß die Reichswochenhilfe keine Doppelleistungen schaffen solle, schlägt auch hier ein. Der soziale Zweck der Verordnung besteht darin, daß einmal die Wochenhilfe der Reichsversicherungsordnung erweitert und daß sie anderseits auch nicht versicherten Wöchnerinnen teilhaftig werden soll. Dagegen muß es als außerhalb dieser Absicht liegend erachtet werden, Kriegerfrauen, die zwar Anspruch auf Krankengeld, aber keinen Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195 RVO. haben, im Falle ihrer Niederkunft und gleichzeitigen Erkrankung eine ausgiebigere Unterstützung während der Zeit nach der Entbindung zu gewähren, als sie den Voraussetzungen des § 195 RVO. erfüllenden Frauen zusteht.

Denn die erstgenannte Wöchnerinnengruppe zahlt nur kürzere Zeit hindurch Beiträge und würden nun sowohl das Reichswochengeld von einer Mark sowie das ihren Beiträgen entsprechende Krankengeld beziehen, während die zweite Gruppe gerade auf Grund ihrer längeren Beitragsleistung geschädigt wäre.

Es ergibt sich somit aus dem Sinn des Gesetzes, daß der Satz, wonach Krankengeld neben Wochengeld nicht geleistet wird, auch auf die nach den Bekanntmachungen des Reichskanzlers über

die Wochenhilfe während des Krieges gewährte Reichswochenhilfe auszudehnen ist.

Eine Einschränkung muß jedoch diese Auslegung des Gesetzes erfahren. Als primäre Leistung ist auch gegenüber den Leistungen der Reichswochenhilfe nach den genannten Bekanntmachungen stets eine Leistung auf Grund der Reichsversicherungsordnung anzusehen. Wenn daher bei einer Selbstversicherten, aber nicht die Voraussetzung des § 195 RVO. erfüllenden Wöchnerin das ihr nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung und der Satzung ihrer Krankenkasse zustehende Krankengeld höher als das eine Mark für den Tag betragende Reichswochengeld ist, dann wird das Recht einzuräumen sein, für die Krankheitsdauer von der Krankenkasse das höhere Krankengeld als Wochengeld zu fordern. Erworbene Rechte, wie sie hier bei dem Anspruch auf Krankengeld gegeben sind, dürfen durch die Reichswochenhilfe nicht geschmälert werden. Es muß dies noch daraus gefolgert werden, daß eine Wöchnerin, die bereits vor der Niederkunft im Krankengeldbezug stand, Anspruch auf die reichsgesetzlichen Leistungen und damit, wenn sie Kriegerfrau ist, auf ein Mindestwochengeld von einer Mark täglich hat, daß also einer solchen Wöchnerin auch während des in die Wochenbettzeit hineinreichenden Krankengeldbezuges ein Anspruch auf Erhöhung des etwa unter einer Mark bleibenden Krankengeldes auf diesen Betrag gegen das Reich zusteht.

Anders gestaltet sich allerdings die Sachlage, wenn, wie im vorliegenden Fall Krankenhausbehandlung gewährt wird. Diese gilt jede Barleistung, gleichgültig ob diese Krankengeld oder Wochengeld, gleichgültig also auch ob diese Kassen- oder Reichswochengeld ist, ab. Die Kasse verweigert daher mit Recht die geforderte Wochengeldleistung. Sie ist auch nicht verpflichtet, da die Krankenhausbehandlung in vorliegendem Fall nur einem Krankengeldsatz von 75 Pf. entspricht, etwa auf Reichskosten den Betrag von 25 Pf. für den Tag zu gewähren, also die Erhöhung auf 1 Mark vorzunehmen, denn die Gewährung des Wochengelds bildet nur eine Fürsorge für die in der ersten Zeit nach der Niederkunft geschwächte Mutter und eine Beihilfe für ihren Lebensunterhalt. In dieser Richtung ist jedoch bereits durch die Krankenhausbehandlung gesorgt. Auch die Kasse hat keinen Anspruch auf Erstattung des Differenzbetrages von 25 Pfg. an sich selbst. Denn der Anspruch auf Krankengeld oder Krankenhauspflege gegen sie ist aus der Beitragsleistung der Erkrankten begründet, die allein den Ersatz für die gemachten Aufwendungen bilden muß. Dieser Ersatz kann durch die reichsgesetzliche Wochenhilfe eine Erweiterung nicht erfahren.

Anspruch auf Kriegswochenhilfe, wenn der Ehemann zur Beschäftigung in einem privaten Betriebe kommandiert ist.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Leipzig vom 24. Mai 1916 (II 13/16).

Die gesamte soziale und gewerbliche Gesetzgebung des Reichs geht aus von dem Grundsatze der Freiheit des Arbeitsvertrages. Wenn also in der Bundesratsbekanntmachung v. 3. Dezember 1914 von Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit gesprochen wird, so kann damit nur eine solche gemeint sein, bei der der Betreffende frei in der Verwertung der ihm gegebenen Arbeitsfähigkeit ist. Nach der Auskunft des Ersatz-Bataillons ist nun D. zur Arbeitsleistung bei der Firma M. u. W. kommandiert worden. Er unterstand bei der Arbeitsleistung ebenfalls der militärischen Kontrolle. Dadurch, daß er zu dieser Arbeitsleistung befehligt worden ist, bestand für ihn ein Zwang bei der Firma zu arbeiten. Es stand daher nicht in seinem Ermessen, die Arbeit anzunehmen oder abzulehnen. . . . Unter diesen Umständen erscheint die Angabe des D. glaubhaft, daß er, wenn er frei über sich hätte verfügen können, bei seinem früheren Arbeitgeber in Arbeit getreten wäre und daselbst einen wesentlich höheren Lohn verdient haben würde.

Die Kasse beruft sich für ihre gegenteilige Ansicht auf den in Arb.Vers. 1916 S. 56 abgedruckten Bescheid des Reichskanzlers v. 27. Dez. 1915, der auch in der angefochtenen Entscheidung zitiert worden ist. Dieser Bescheid kann indessen ebenso wie die Bundesratsbekanntmachung nur auf eine freie Erwerbstätigkeit, nicht aber auf eine erzwungene Bezug haben. Das Gleiche gilt von der in der angefochtenen Entscheidung zitierten, Arb.Vers. 1915 S. 380 abgedruckten Aeußerung des Königlich Preußischen Oberversicherungsamts Düsseldorf, die überdies ausdrücklich vorbehaltlich instanzieller Entscheidung gegeben worden ist. Eine solche ist inzwischen seitens des Reichsversicherungsamtes ergangen (vgl. Amtl. Nachr. 1916 S. 348 Entsch. 2145). Dort handelt es sich indessen um einen Landsturmmann, der — wenn auch nur vorläufig — aus dem Militärdienst entlassen war, und das Reichsversicherungsamt weist, indem es das Bestehen des Anspruchs auf Wochenhilfe verneint, ausdrücklich darauf hin, daß der Betreffende entlassen und nicht nur beurlaubt war. Im vorliegenden Falle hat jedoch nicht einmal eine Beurlaubung, sondern eine dienstliche Kommandierung zur Arbeit vorgelegen.

Es kann nun dahingestellt bleiben, ob man in der Auslegung der Bundesratsbekanntmachung so weit gehen kann, wie dies in den in Arb.Vers. 1915 S. 288 abgedruckten Auskünften 6d

und 7 a geschieht. Nach der Auskunft 6 d leistet ein Eingezogener, so lange er anläßlich des Krieges dem Heere angehört und sich diesem jederzeit zur Verfügung halten muß, Dienst im Sinne der Bekanntmachung, insbesondere auch dann, wenn er vorübergehend von der Front beurlaubt worden ist, um eigene Angelegenheiten zu erledigen, z. B. seinen Acker zu bestellen. Nach der Auskunft 7 a ist es nicht erforderlich, daß die Ehemänner ununterbrochen Kriegs-, Sanitäts- und ähnliche Dienste tatsächlich leisten. Vielmehr soll die Voraussetzung auch dann als erfüllt anzusehen sein, wenn die Einreihung in das Heer zur Leistung von Kriegsdiensten stattgefunden hat und die Einberufenen jederzeit zu diesem Zwecke zur Verfügung stehen müssen, insbesondere auch dann, wenn sie beurlaubt sind, um in einem Unternehmen, das Heereslieferung hat, zu arbeiten. Möglich ist es nach der obenerwähnten grundsätzlichen Entscheidung immerhin, daß diese Meinung einmal Billigung des Reichsversicherungsamts finden wird.

Im vorliegenden Falle jedoch ist der Ehemann der Wöchnerin, als er die Arbeit bei der Firma M. u. W. aufnahm, nicht nur tatsächlich im Heeresdienste, sondern auch noch unfrei in der Wahl seines Arbeitgebers gewesen. Er muß deshalb für diese Zeit als nicht erwerbstätig im Sinne der Bundesratsbekanntmachung angesehen werden, und der gegenteiligen Ansicht der Vorinstanz kann nicht beigepflichtet werden. Der Ehefrau ist deshalb mit Recht Wochenhilfe gezahlt worden.

D. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Außerkraftsetzung von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Unfallversicherung.

Vom 14. Juni 1916 (RGBl. S. 515).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. Aug. 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Die Vorschrift im § 596 Abs. 1 RVO. über den Ausschluß des Anspruchs auf Unfallrente für Hinterbliebene eines Ausländers, die sich zur Zeit des Unfalls nicht gewöhnlich im Inland aufhalten, und die entsprechende Vorschrift im § 950 werden zugunsten von Hinterbliebenen solcher Ausländer, welche vor ihrer Beschäftigung im Inland ihrer letzten gewöhnlichen Aufenthalt im gegenwärtigen Gebiete des Generalgouvernements Warschau oder der k. und k. Militärverwaltung in Polen hatten, für ihre Rentenansprüche auf Grund von Unfällen aus der Zeit seit dem 1. Mai 1916 für die Fälle außer Kraft gesetzt, in denen die Hinterbliebenen zur Zeit des Unfalls ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb des bezeichneten russischen Gebiets hatten.

§ 2. Die Vorschrift im § 615 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. über das Ruhen der Unfallrenten von Ausländern, solange sie sich freiwillig gewöhnlich im Ausland aufhalten, und die entsprechende Vorschrift im § 955 werden zugunsten von Ausländern, die vor ihrer Beschäftigung im Inland ihren letzten gewöhnlichen Aufenthalt im gegenwärtigen Gebiete des Generalgouvernements Warschau oder der k. und k. Militärverwaltung in Polen hatten, für ihre Rentenansprüche auf Grund von Unfällen aus der Zeit seit dem 1. Mai 1916 für die Dauer ihres gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb des bezeichneten russischen Gebiets außer Kraft gesetzt. Dies gilt auch für Rentenansprüche von Hinterbliebenen dieser Ausländer aus solchen Unfällen für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthalts der Hinterbliebenen innerhalb des bezeichneten russischen Gebiets.

§ 3. Das Rentenbezugsrecht nach § 2 hängt davon ab, daß der Rentenberechtigte, solange er sich in dem bezeichneten russischen Gebiet aufhält, die Ausführungsbestimmungen befolgt, die das Reichsversicherungsamt auf Grund des § 615 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. über Mitteilung des Aufenthalts und über Vorstellung bei einer deutschen Behörde für Inländer, die sich im Ausland aufhalten, getroffen hat oder noch trifft.

§ 4. Der Reichskanzler kann die Vorschriften dieser Verordnung auch auf weitere unter deutscher oder österreichisch-ungarischer Verwaltung stehende Gebiete feindlicher Staaten entsprechend für anwendbar erklären.

§ 5. Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Juni 1916 an in Kraft.

Der Reichskanzler bestimmt, wann und in welchem Umfang diese Verordnung außer Kraft tritt.

E. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Gesetz, betreffend Renten in der Invalidenversicherung.

Vom 12. Juni 1916 (RGBl. S. 525).

Artikel 1.

Die §§ 1257, 1291, 1292, 1392, 1397 der Reichsversicherungsordnung erhalten die folgende Fassung:

§ 1257. Altersrente erhält der Versicherte vom vollendeten fünfundsechzigsten Lebensjahr an, auch wenn er noch nicht invalide ist.

§ 1291. Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter fünfzehn Jahren, so erhöht sich die Invalidenrente für jedes dieser Kinder um ein Zehntel.

§ 1292. Der Anteil der Versicherungsanstalt beträgt bei Witwen- und Witwerrenten drei Zehntel, bei Waisenrenten für jede Waise drei Zwanzigstel des Grundbetrags und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte.

§ 1392. Bis auf weiteres wird als Wochenbeitrag erhoben

in Lohnklasse	I	. . . .	18 Pfennig,
" "	II	. . . .	26 "
" "	III	. . . .	34 "
" "	IV	. . . .	42 "
" "	V	. . . .	50 "

§ 1397. Zur Deckung der Gemeinlast scheidet jede Versicherungsanstalt vom 1. Januar 1917 an sechzig vom Hundert der Beiträge buchmäßig als Gemeinvermögen aus. Ihm schreibt sie für seinen buchmäßigen Bestand die Zinsen gut. Den Zinsfuß bestimmt der Bundesrat für die gleichen Zeiträume wie die Beiträge einheitlich.

Artikel 2.

Die §§ 1294 und 1295 der Reichsversicherungsordnung werden gestrichen.

Artikel 3.

Der Artikel 65 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung erhält die folgende Fassung:

Den Versicherten, die beim Inkrafttreten der Versicherungspflicht für ihren Berufszweig das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, werden auf die Wartezeit für die Altersrente für jedes volle Jahr, um das sie an diesem Tage älter als fünfunddreißig Jahre waren, vierzig Wochen und für den überschießenden Teil eines solchen Jahres die darauf entfallenden Wochen bis zu vierzig angerechnet.

Artikel 4.

Die auf Grund der §§ 1360 bis 1380 der Reichsversicherungsordnung vom Bundesrate zugelassenen Sonderanstalten gelten ohne neue Zulassung durch den Bundesrat bis zum 30. September 1916 als zugelassen. Sie müssen bis dahin die Altersrente und die Hinterbliebenenbezüge nach Maßgabe dieses Gesetzes gewähren.

Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Tag, bis zu welchem die Sonderanstalten die erforderlichen Aenderungen ihrer Satzung zu beschließen haben. Kommt eine Sonderanstalt der Anordnung nicht rechtzeitig nach, so ändert die Aufsichtsbehörde die Satzung.

Artikel 5.

Die Vorschriften dieses Gesetzes treten bezüglich der §§ 1392, 1397 mit dem 1. Januar 1917, im übrigen mit Wirkung vom 1. Januar 1916 in Kraft.

Artikel 6.

Ansprüche auf Altersrente, Waisenrente oder Waisenaussteuer, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieses Gesetzes schwebt, unterliegen dessen Vorschriften. Ihre Nichtanwendung gilt auch dann als Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte.

Ansprüche auf Altersrente, Waisenrente oder Waisenaussteuer, über die nach dem 31. Dezember 1915 eine Entscheidung ergangen ist, hat die Versicherungsanstalt, soweit nicht Absatz 1 Platz greift, nach den Vorschriften dieses Gesetzes zu prüfen. Führt diese Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigeren Ergebnis oder wird es von dem Berechtigten verlangt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen.

Nach diesem Gesetze zuerkannte Altersrenten beginnen frühestens mit dem 1. Januar 1916.

Artikel 7.

Für die Zeit nach dem 1. Januar 1917 dürfen Marken in den im bisherigen § 1392 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Werten nicht mehr verwendet werden.

Ungültig gewordene Marken können binnen zwei Jahren nach Ablauf ihrer Gültigkeitsdauer bei den Markenverkaufsstellen gegen gültige Marken im gleichen Geldwert umgetauscht werden.

F. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. Durchführung des § 392 Abs. 3 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zugunsten berufsunfähiger Kriegsteilnehmer.

Vom 14. Juni 1916 (RGBl. S. 517).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. Aug. 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

1. Ist nach § 392 Abs. 3 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte durch einen Vertrag zwischen dem Versicherten und der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ein Teil der dem Versicherten zustehenden Versicherungsansprüche gegen die Lebensversicherungsunternehmung an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte abgetreten worden, so gehen die Rechte der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte aus einem solchen Vertrag auf Antrag des Versicherten wieder auf ihn über, wenn er

1. im gegenwärtigen Kriege dem Deutschen Reiche oder einem mit ihm verbündeten oder befreundeten Staate Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet hat,
2. infolge des Krieges berufsunfähig (§ 25 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) geworden ist oder noch wird,
3. der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die von ihr nach § 392 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte an die Lebensversicherungsunternehmung weitergezahlten Beiträge zuzüglich 3½ vom Hundert Zinsen und Zinseszinsen erstattet hat.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat der Lebensversicherungsunternehmung den Uebergang der Ansprüche auf den Versicherten anzuzeigen. Ist die Anzeige der Lebensversicherungsunternehmung zugegangen, so muß dieser gegenüber die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte den Uebergang gegen sich gelten lassen, auch wenn er nicht erfolgt oder nicht wirksam ist.

Die durch den Uebergang und die Anzeige entstehenden Kosten trägt der Versicherte.

§ 2. Streitigkeiten, die aus Anlaß des § 1 dieser Verordnung zwischen dem Versicherten und der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte entstehen, entscheidet der Rentenausschuß und auf Berufung das Schiedsgericht endgültig. Für das Verfahren gelten die §§ 229 ff. des Versicherungsgesetzes für Angestellte entsprechend.

Die Instanzen der Angestelltenversicherung sind an die Entscheidungen der obersten Militärbehörde des Kontingents darüber gebunden, ob eine Gesundheitsstörung als eine Dienstbeschädigung und die Dienstbeschädigung als durch den Krieg herbeigeführt anzusehen ist.

§ 3. Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft.

Anmerkung: Nach § 390 des Angestelltenversicherungsgesetzes sind Angestellte, die bei einer privaten Lebensversicherungsgesellschaft versichert sind, unter gewissen Voraussetzungen von der eigenen Beitragspflicht zur Angestelltenversicherung befreit. Die Arbeitgeber müssen auch in diesen Fällen ihre Beitragshälfte entrichten, können aber von den ihrerseits etwa gezahlten Zuschüssen zur privaten Versicherung des Angestellten die an die Reichsversicherungsanstalt zu entrichtenden Beiträge kürzen. Die an dem Zuschuß gekürzten Beiträge zahlt die Reichsversicherungsanstalt auf Antrag des Versicherten aus den Arbeitgeberbeiträgen an die private Versicherungsgesellschaft weiter, wenn ihr vom Versicherten ein entsprechender Teil seiner Forderung aus der privaten Versicherung abgetreten wird (§ 392 Abs. 3). Der Versicherte hat dann seine gesetzlichen Ansprüche auf die halben Leistungen der Angestelltenversicherung (aus den Arbeitgeberbeiträgen) und seinen Anspruch auf den nicht abgetretenen Teil der Forderung aus der privaten Versicherung; die Reichsversicherungsanstalt ist für ihre Weiterzahlungen durch den abgetretenen Teil der privaten Versicherungsforderung gedeckt.

Unerwünschte Folgen können sich nun ergeben, wenn der Versicherte dauernd berufsunfähig wird. Dann erlischt nämlich sowohl die Pflicht wie das Recht zur freiwilligen Weiterversicherung nach dem Angestelltenversicherungsgesetz. Beiträge können für den Versicherten nicht mehr geleistet werden; mithin auch keine Zahlungen der Reichsversicherungsanstalt an die private Lebensversicherungsgesellschaft. Der abgetretene Teil der Versicherung würde in der Regel verfallen, d. h. die Reichsversicherungsanstalt erhielte nur seinen Rückkaufswert.

Um dieses Ergebnis wenigstens für die berufsunfähigen Kriegsteilnehmer zu verhüten, bestimmt die Bekanntmachung, daß der abgetretene Teil der Forderung aus der privaten Lebensversicherung auf den Versicherten rückübertragbar wird, wenn dieser Kriegsteilnehmer war, infolge des Krieges berufsunfähig geworden ist oder noch wird, und wenn er der Reichsversicherungsanstalt die von ihr weitergezahlten Beiträge zuzüglich 3½ v. H. Zinsen und Zinseszinsen erstattet hat. Der Versicherte ist dann in der Lage, seinen privaten Versicherungsanspruch selbst in vollem Umfange weiter aufrechtzuerhalten.

Sprechsaal.

Wem gebührt das von den Krankenkassen zu gewährende Sterbegeld?

Zu den zahlreichen Neuerungen, die unser soziales Zeitalter geschaffen hat, gehört auch das Wort „Sterbegeld", ein höchst ungeschickt gewähltes oder geformtes Wort, das nicht im entferntesten das besagt, was es bezeichnen soll. Ausdrücke wie Brückengeld, Fährgeld, ja auch Krankengeld sind ohne weitere Erklärung auf den ersten Blick verständlich; Geld wird für die Benutzung einer Brücke oder einer Fähre oder zwecks Ausgleichs des einem Kranken entgehenden Arbeitsverdienstes gezahlt! Aber Sterbegeld — ein Geld zum Sterben? Ein vollkommener Widersinn! Indessen wird man wohl zugeben müssen, daß andere näher liegende Bezeichnungen, wie etwa Begräbnisgeld, noch weniger treffend wären; man konnte wohl auch hoffen, daß im Laufe der Zeit sich die Auffassung einbürgern würde, „Sterbegeld" sei ein Entgelt für die durch den Tod des Angehörigen erwachsenden Ausgaben. Ueber seinen Zweck und diejenigen, welche auf seine Gewährung Anspruch haben, äußert sich der § 203 RVO., welcher lautet: Vom Sterbegeld werden zunächst die Kosten des Begräbnisses bestritten und an den gezahlt, der das Begräbnis besorgt hat. Bleibt ein Ueberschuß, so sind nacheinander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Fehlten solche Berechtigten, so verbleibt der Ueberschuß der Kasse." — Hieraus folgt zunächst die rechtliche Eigenschaft des Sterbegeldes als eines Anspruches an die Krankenkasse, derart, daß er mit Rechten, die etwa gegen den Verstorbenen begründet waren, nicht vermischt werden darf; die Bezugsberechtigten können also einer etwa nach dieser Richtung hin versuchten Aufrechnung mit Erfolg entgegentreten.

Im Gegensatz zu früheren Bestimmungen ist die jetzige Vorschrift schärfer und besser insofern gefaßt, als der leicht zu Mißhelligkeiten führende Ausdruck: „der das Begräbnis besorgt" in „der das Begräbnis besorgt hat" umgewandelt worden ist. Wer hat nun aber ein „Begräbnis besorgt"? Dem Sinne und den Absichten des Gesetzgebers wird man wohl nur dann gerecht werden, wenn man das Begräbnis als ein aus mehreren einzelnen Teilen oder Vorgängen sich zusammensetzende einheitliche Handlung oder Tätigkeit ersieht, also sich auf den Standpunkt stellt, daß beispielsweise die Besorgung des Sarges, die Stellung des Leichenwagens oder die Annahme der Trauermusik noch nicht mit der „Besorgung des Begräbnisses" gleichbedeutend ist. In der Regel wird es wohl irgend ein Angehöriger sein, der dem heutigen Brauche folgend sich mit einem Unternehmer in Verbindung setzt und ihm die Gesamtausführung zu einem vereinbarten Preise überträgt. Dies wird namentlich dann der Fall sein, wenn es sich um die Ausführung einer neuzeitlichen Feuerbestattung handelt, von der man heute wohl ohne weiteres annehmen darf, daß sie einem Begräbnis im Sinne des § 203 gleich zu erachten ist. Selbstverständlich können außer den Angehörigen noch andere physische oder gar juristische Personen als Besorger, gleichgültig, aus welchem Grunde, mit der oben angeführten Rechtswirkung der Kostenerstattung auftreten, wie z. B. ein Freund oder die Gemeinde oder ein Beerdigungsverband, dem der Verstorbene angehörte oder auch schließlich die zur Zahlung des Sterbegeldes verbundene Krankenkasse selber, für die natürlich eine Verpflichtung hierzu nicht besteht. Besorgt niemand freiwillig das Begräbnis, so haben die gesetzlich berufenen Gebilde, wie z. B. der Armenverband einzutreten und erwerben damit den Anspruch auf Erstattung. Die Krankenkasse hat natürlich grundsätzlich nur erst dann Zahlung zu leisten, wenn ihr die aufgewendeten Beträge nachgewiesen worden sind und die Höhe des Sterbegeldes, der zwanzigfache Betrag des Grundlohnes, bildet die Höchstgrenze ihrer Verpflichtung; ob und bis zu welchem Betrage sie gegebenen Falles eine Abschlagszahlung wird leisten können, ist in ihr Belieben gestellt; sie kann aber nicht im Interesse einer Ersparnis Abstriche an den gemachten Aufwendungen machen, sofern sie sich nur in den Grenzen des Sterbegeldes halten; es werden also etwa erwachsene gerichtliche oder polizeiliche Kosten bis dahin ebenfalls getragen werden müssen. Zehren die nachgewiesenen Begräbniskosten das Sterbegeld nicht in vollem Umfange auf, so haben wir es mit einem Ueberschusse im Sinne unseres Gesetzes zu tun, der den Angehörigen zufällt. Ueberschuß und Sterbegeld sind dann gleichbedeutend, wenn ein Begräbnis überhaupt nicht stattgefunden hat, insbesondere nicht hat stattfinden können, wenn also z. B. der Tod zwar unzweifelhaft feststeht, die Leiche aber nicht aufzufinden war oder, wie jetzt häufig im Feindeslande seitens militärischer Behörden ohne Kostenaufwand beerdigt worden ist. Waren in einem derartigen Falle Berechtigte nicht vorhanden, so hat die Krankenkasse den Vorteil davon insofern, als niemand da ist, der Ansprüche erheben kann und sie also das Sterbegeld weder ganz noch zum Teile zu zahlen braucht. Der gegenwärtige Krieg bedingt ganz zweifellos eine dem Sinne des Gesetzgebers entsprechende weite Auslegung des Begriffes der „häuslichen Gemeinschaft"; es kommt darauf an, daß diese tatsächlich einwandfrei vor dem Kriege bestanden hat; alsdann ist sie durch die Einberufung des Versicherten zur Fahne nur räumlich und zeitlich unterbrochen, aber nicht tatsächlich ihrer Wirkung nach aufgehoben oder beseitigt.

Geheimer Regierungsrat Hanow in Danzig.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Abermals der § 214 RVO. in Anwendung auf die Kriegsteilnehmer.

Der Große Senat des Reichsversicherungsamts hat die vielumstrittene Frage, ob der § 214 RVO. auch auf Kriegsteilnehmer, die infolge ihrer Einberufung aus der Krankenkasse ausgeschieden sind, anzuwenden sei, im bejahenden Sinne entschieden (Entsch. 2137 Amtl. Nachr. 1916 S. 334, Arb.Vers. 1916 S. 129). Abweichend hiervon hat des preußische Oberschiedsgericht für Knappschaftsangelegenheiten in einer Revisionsentscheidung v. 19. Januar 1916 (39 Nr. 6/15) den § 19 des preußischen Knappschaftsgesetzes, der dem § 214 RVO. entspricht, im bezeichneten Falle für nicht anwendbar erklärt, weil der im Kriegsfall zu den Waffen einberufene Soldat nicht im Sinne der erwähnten Gesetzesvorschrift „wegen Erwerbslosigkeit" aus der Kasse ausscheide und diese Auslegung der unbeutlichen Fassung der Vorschrift dem aus ihrer Natur und ihrer Entstehungsgeschichte zu entnehmenden Zwecke entspreche. Die nähere Begründung kommt im wesentlichen auf dasjenige hinaus, was schon von anderer Weise gegen die Anwendbarkeit des § 214 geltend gemacht und vom Reichsversicherungsamt gewürdigt, aber nicht als durchschlagend anerkannt worden ist (zu vgl. besonders Arb.Vers. 1915 S. 97, 303, 568; dagegen S. 145, 304; Monatsschr. f. Arb.u.Angest.Vers. 1915 Sp. 481, Zentr.Bl. der Reichsvers. 1915 S. 394).

Die praktischen Folgen dieses Zwiespaltes zweier höchster Gerichtshöfe werden im Volke nicht verstanden werden, und es wäre zu besorgen, daß die verschiedene Handhabung der gleichen Vorschrift eine recht bedauerliche Mißstimmung erzeugen könnte, wenn nicht die inzwischen erlassene Bekanntmachung vom 14. Juni 1916 (RGBl. S. 516, hier abgedruckt oben S. 446) dem Widerstreit ein Ende macht. Denn indem die Verordnung des Bundesrats bestimmt, daß ein dienstlicher Aufenthalt des Kriegsteilnehmers im Auslande nicht als Aufenthalt im Auslande „im Sinne des § 214 Abs. 3 RVO." gilt, setzt die Verordnung die Geltung des § 214 für Kriegsteilnehmer voraus und erkennt sie an. Dies werden auch die knappschaftlichen Krankenkassen gelten lassen müssen, weil sie nach § 495 ihren Mitgliedern mindestens die Regelleistungen, d. h. die im zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Leistungen zu gewähren haben, zu denen auch die Leistung aus § 214 gehört.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Die Auskünfte der „Arbeiter-Versorgung".

An Viele: Die Schriftleitung erkennt dankbar an, daß die große Mehrzahl unserer Leser die oft ausgesprochene Bitte, betreffend Einhaltung gewisser Formen bei Anfragen, beachtet. Viele unserer Leser aber verursachen uns immer noch durch Nichtbeachtung unserer Bitte, durch zweckwidrige Form oder unsachliche Abfassung der Anfragen sowie durch gar zu weit gehende Anforderungen unverhältnismäßig große Mühe und schädigen auch sich selbst, weil solche Mängel oft eine uns selbst unerwünschte Verzögerung der Auskunft nach sich ziehen. Nicht selten ist die Schrift kaum leserlich oder es finden sich unverständliche Abkürzungen. Oft empfangen wir eng beschriebene Postkarten, deren Entzifferung und Bearbeitung besonders schwierig ist. Daß für den Druck bestimmte Blätter nur auf einer Seite beschrieben sein sollen, wird selten beachtet. Die Darstellung des der Anfrage zu Grunde liegenden Sachverhalts ist oft ungenügend oder schwer verständlich. Mitunter wird einfach ein mehr oder weniger umfängliches Aktenstück eingesandt mit dem Ersuchen, um eine Aeußerung, wie wir uns zu der streitigen Frage stellen, oder was in der Sache geschehen könne. So wälzt der Anfragende, der doch den Kern des Streites oder Zweifels kennt, eine geringe Mühe von sich ab, um uns, die wir mit dem Wichtigen auch das Nichtige erst lesen müssen, eine große Mühe aufzubürden. Recht oft hat der Einsender dabei die Freundlichkeit, das „Rückporto" beizufügen; er erwartet also — in Nichtbeachtung des Vordrucks, der sich in jedem Heft unserer Zeitschrift über der „Beantwortung von Anfragen" findet — offenbar kostenlose Bearbeitung auch in solchen Fällen, und zwar garnicht selten „umgehend" oder „binnen einer Woche, weil Fristsache!" Daß dieser Erwartung nur ganz ausnahmsweise, der Regel nach nicht entsprochen werden kann, ist selbstverständlich und kann nur von dem verkannt werden, der sich von dem Betriebe der Schrift-

leitung eine falsche Vorstellung macht. Es kommt aber sogar vor, daß wir an den Fernsprecher gerufen werden, um uns über einen Rechtsfall zu äußern, oder daß wir um telegraphische Auskunft ersucht werden. Zu solchem Ansinnen müssen wir uns grundsätzlich ablehnend verhalten; denn kaum jemals lassen sich die Anfragen einfach mit ja oder nein beantworten oder durch Hinweis auf eine bestimmte Gesetzesvorschrift oder auf eine Entscheidung erledigen, und in allen Fällen schließt die gewissenhafte Prüfung des Sachverhalts und der Rechtsfrage, die wir uns zur Pflicht machen, eine telephonische oder telegraphische Auskunftserteilung aus. — Endlich würde eine große Zahl von Fragen und Antworten sich erübrigen, wenn manche Leser den Inhalt unserer Hefte aufmerksam verfolgten und in sich aufnähmen. Es ist erstaunlich, wie oft wir um Auskunft über solche Fragen ersucht werden, die schon häufig in unserer Zeitschrift — in Abhandlungen, Entscheidungen, Auskünften — behandelt worden sind, und manche Anfrage beruht auf der Unkenntnis einer Entscheidung, die wir unter nachdrücklicher Hervorhebung ihrer Wichtigkeit längst veröffentlicht haben.

Wir bitten unsere Leser höflich, diese Winke freundlichst zu beachten. Die Zeit und die Mühe, die sie uns dadurch ersparen, wird ihnen nicht verloren gehen, sondern einer noch pünktlicheren und gründlicheren Erörterung wirklich zweifelhafter und wichtiger Fragen im Auskunftsteil unserer Zeitschrift zustatten kommen.

Kriegswochenhilfe, wenn der Ehemann aus dem Kriegsdienst entlassen war und wieder eingezogen worden ist.

1. Nach Weißenburg (Elf.). Antwort: Nach § 1 der Bek. vom 3. Dezember 1914 haben Wöchnerinnen Anspruch auf die Reichswochenhilfe, wenn ihre Ehemänner 1) dem Reiche Kriegs- oder ähnliche „Dienste leisten" und 2) vor Eintritt in „diese" Dienste eine bestimmte Zeit hindurch auf Grund der RVO. gegen Krankheit versichert waren. Die Voraussetzung unter 1) ist nur gegeben, wenn der Ehemann im Zeitpunkt der Niederkunft oder zwar erst nachher, aber noch während der Leistungsdauer für Wochen- und Stillgeld Kriegs- oder ähnliche Dienste leistet (zu vgl. Arb.Verf. 1915 S. 71 Ziff. 4); daher ist auch die Voraussetzung zu 2) nur gegeben, wenn die erforderliche Zeit der Kassenzugehörigkeit des Ehemannes vor dem Eintritt in „diese" Dienste liegt. Früher schon geleistete Dienste kommen nicht in Betracht. Wenn also der Ehemann im Anfange des Krieges eingezogen war, dann entlassen (nicht bloß beurlaubt) und demnächst wieder zum Kriegsdienst eingezogen worden ist, so genügt es nicht, daß er vor dem ersten Eintritt in den Kriegsdienst während der erforderlichen Zeit gegen Krankheit versichert war, sondern es kommt nur darauf an, ob eine solche Versicherung in der bestimmten Zeit vor dem zweiten Eintritt in den Kriegsdienst bestanden hat. Da diese Voraussetzung im vorliegenden Falle nicht erfüllt ist, halten wir den Anspruch auf Grund der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nicht begründet, und meinen, daß nur ein Anspruch gegen den Lieferungsverband auf Grund der Bekanntmachung vom 23. April 1915 in Frage kommen kann. Ganz zweifelsfrei erscheint uns freilich nicht, ob dies Ergebnis der Absicht des Bundesrats entspricht. Wäre übrigens ein Anspruch an die Kasse auf Grund der Bek. vom 3. Dezbr. 1914 begründet, so würde die Befugnis der Kasse zur Aufrechnung der im früheren Falle zu Unrecht gezahlten Leistungen an Kriegswochenhilfe nicht zweifelhaft sein; zu vgl. § 223 RVO. und § 7 Abs. 2 der Bek. v. 3. Dezbr. 1914.

Oertliche Zuständigkeit bei Streit zwischen Kassen über Erstattung von Aushilfsleistungen (§§ 222, 224 RVO.).

2. Nach B. Antwort: Zuständig ist das Versicherungsamt, das bei Streit über den Hauptanspruch zu entscheiden haben würde (§ 1773 RVO.), also nach § 1637 das Versicherungsamt, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit des Antrags wohnhaft oder beschäftigt ist. Dabei ist unter den Worten „des Antrags" nicht der Antrag auf Kassenleistungen (§§ 1545, 1551) zu verstehen, sondern der Antrag auf Streitentscheidung nach § 1636. Dies ergibt sich klar aus dem unmittelbaren Zusammenhange des § 1637 mit § 1636 und aus der Begründung (S. 495) zu § 1598 des Entwurfs, der dem § 1637 des Gesetzes entspricht. Dort heißt es ausdrücklich, daß sich die Zuständigkeit — abweichend von der Zivilprozeßordnung und im Anschluß an § 112 JVG. — „nach dem Wohnort oder dem Beschäftigungsort des Versicherten zur Zeit des Antrags auf Entscheidung richtet." — Auch in der Sache selbst teilen wir Ihre Auffassung, daß der Pauschsatz aus § 222 Satz 2 im Falle der Krankenhauspflege nicht anwendbar ist; es sind die wirklich entstandenen Kosten zu erstatten. So übereinstimmend auch die Kommentare von Hahn, Hoffmann, Olshausen, Stier-Somlo.

a) Zugehörigkeit zur Landkrankenkasse. b) Privatkrankenkassen.

3. Nach Görlitz. Antwort: a) Zu den „in der Landwirtschaft Beschäftigten", welche nach § 235 RVO. in die Landkrankenkasse gehören, zählen nicht die nur im Bureau beschäftigten, lediglich mit Buchhaltung, Rechnungswesen, Briefwechsel usw. betrauten Personen (zu vgl. Handb. der Unf.Verf. Bd. I S. 67 Anm. 24). Rentmeister, Rechnungsführer, Buchhalter, Gutssekretäre gehören also nicht in die Landkrankenkasse. Köchinnen und Stubenmädchen gehören ihr als Dienstboten nach § 235 an; ebenso Erzieherinnen und Stützen, sofern sie in die häusliche Gemeinschaft des Dienstberechtigten aufgenommen sind, nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 23. Mai 1914 (Arb.Verf. 1914 S. 609 ff.). Den Gutsnachtwächter wird man kaum zu den in der Landwirtschaft Beschäftigten rechnen können. Die Angestellten der Landkrankenkassen haben mit dem Landwirtschaftsbetriebe nicht das geringste zu tun und gehören daher nicht in diese Kasse.

b) Sie fragen: „Wohin fließt das Vermögen bei Auflösung einer Güterkasse (Privatkasse, vgl. § 418 RVO.)? Das ist ganz unklar und wird

nicht deutlicher durch die Verweisung auf § 418 RVO. Die RVO. beschäftigt sich weder mit „Güterkassen“ noch sonst mit „Privatkassen“, sofern sie nicht zugelassene Ersatzkassen sind (§§ 503 ff.). Vielleicht handelt es sich um einen nicht als Ersatzkasse zugelassenen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Dann sind Ihre Fragen lediglich nach der Satzung zu beantworten; aus der RVO. ist dafür nichts zu entnehmen.

Bemessung der Beiträge bei Betriebseinschränkung auf fünf Tage in der Woche.

4. Nach Alsfeld. Frage: Durch Verfügung des Generalkommandos sind einige der uns zugehörigen Betriebe gezwungen worden, die Arbeiten an einem Wochentage jeder Woche einzustellen. Die in Frage kommenden Arbeitnehmer werden also statt früher an 6 Tagen jetzt nur noch an 5 Tagen wöchentlich beschäftigt. Von einem Betriebsinhaber wurde das Ansinnen an uns gestellt, wegen der Betriebseinschränkung die wöchentlichen Krankenversicherungsbeiträge auch nur für 5 Tage statt satzungsgemäß 6 Tage von ihm in Ansatz zu bringen. Wir bitten um Auskunft, ob dieser Art der Berechnung der Beiträge stattgegeben werden muß. Sollen Beiträge nur für 5 Tage berechnet werden, wie verhält es sich da mit den Kassenleistungen für den sechsten Tag (namentlich der Krankenhilfe)? Krankengeld wäre ja wohl nur für die tatsächlichen Arbeitstage zu zahlen (vgl. Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 263), mit der Krankenhilfe dürfte sich das aber schwer durchführen lassen.

Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei und verweisen auf die Ausführungen von Hahn in Arb.Vers. 1914 S. 153 ff., besonders S. 155, 156.

Zum Begriffe des „Lehrlings“.

5. Nach Traunstein. Frage: Ein 36jähriger Kriegsinvalide wird auf Kosten der Kriegsinvalidenfürsorge auf die Dauer von 6 Wochen einem Sägefeiler zur Ausbildung im Sägefeilen und -richten überwiesen. Ist dieser Invalide nun im Sinne der Reichsversicherungsordnung als „Lehrling“ anzusehen und versicherungspflichtig? Da ähnliche Fälle da und dort noch auftreten werden und zweifellos ein allgemeines Interesse für die Behandlung solcher Fälle vorliegt, erbitten wir Ihre Aeußerung.

Antwort: Wir verneinen die Frage. Allerdings ist der Begriff des Lehrlings nach der Reichsversicherungsordnung umfassender, als nach dem früheren Recht angenommen wurde (Hahn, Anm. 8 zu § 165 RVO.; Hoffmann in Arb.Vers. 1914 S. 370). Als Lehrling ist im allgemeinen anzusehen, wer zum Zwecke seiner Ausbildung in einer Betriebstätigkeit beschäftigt wird. Danach würde das Alter des Invaliden nicht ohne weiteres entgegenstehen, ihn als Lehrling anzusehen. Die Vorschrift in § 150 Abs. 2 RVO., wonach Lehrlinge zu den jungen Leuten zählen, gilt nur für die Festsetzung des Ortslohns und darf nicht dahin umgedeutet werden, daß im Sinne der Reichsversicherungsordnung nur junge Leute als Lehrlinge gelten können. Immerhin weist die Vorschrift darauf hin, daß man sich — entsprechend der allgemeinen Volksauffassung — unter „Lehrlingen“ im allgemeinen wohl junge Menschen vorgestellt hat, die erst in längerer Vorbildung zu Gesellen und Gehilfen heranreifen und zu späterer selbständiger Betätigung in einem bestimmten Berufe befähigt werden sollen. Mindestens an diesem Erfordernis einer längeren, sachlichen Vorbereitung für einen bestimmten Beruf wird, als für den Lehrlingsbegriff wesentlich, festzuhalten sein. Was dabei als „längere“ Vorbereitung zu gelten hat, läßt sich nicht allgemein sagen, sondern nur nach den Umständen des einzelnen Falles bestimmen. Wer sich nur in sechs Wochen gewisse Handgriffe aneignen soll, den wird man nicht als Lehrling — weder im Sinne der allgemeinen Auffassung noch im Sinne des Gesetzes — ansehen können. Im vorliegenden Falle ist daher die Versicherungspflicht zu verneinen, wenn die Beschäftigung nicht gegen Entgelt stattfindet.

Festsetzung des Grundlohns nach dem durchschnittlichen Wochenentgelt ist unzulässig.

6. Nach S. Antwort: Die Bestimmung im § 19 der Satzung, wonach als Grundlohn der durchschnittliche Wochenentgelt der Kassenmitglieder gilt, steht im Widerspruch mit § 180 Abs. 1 und 2 RVO., der — sofern nicht nach Abs. 4 der wirkliche Arbeitsverdienst als Grundlohn bestimmt wird — zwingend vorschreibt, daß die Satzung den durchschnittlichen Tagesentgelt als Grundlohn festzusetzen hat. Die erwähnte Satzungsbestimmung nebst der Abstufung des Grundlohns nach wöchentlichem Arbeitsverdienst ist daher ungültig und wird geändert werden müssen. Es fragt sich nur, was bis zu dieser Aenderung gelten soll. Die Satzung teilt die Mitglieder ein in solche, deren Arbeitsverdienst wöchentlich beträgt in der

I. Stufe weniger als 9 M.: Grundlohn 1,50 M. täglich,
II. Stufe 9 M. bis 20,99 M.: Grundlohn 2 M. täglich,
III. Stufe 21 M. bis 26,99 M.: Grundlohn 3 M. täglich usw.

Man wird der Absicht des Gesetzes und der Satzung wohl am nächsten kommen, wenn man danach einstweilen folgende Lohnstufen und Grundlöhne als geltend ansieht:

I. Stufe: Verdienst für den Arbeitstag bis 1,50 Mark, Grundlohn 1,50 M.,
II. Stufe: Verdienst für den Arbeitstag über 1,50 M. bis 2 M., Grundlohn 2 M.,
III. Stufe: Verdienst für den Arbeitstag über 2 M. bis 3 M., Grundlohn 3 M. usw.

Ueber die Zulässigkeit einer solchen Festsetzung des „durchschnittlichen“ Tagesentgelts: Hahn, Anm. 3 zu § 180 RVO., Treutlein in Arb.-Vers. 1913 S. 414 Ziff. 3. Danach würde allerdings ein Versicherter, der an drei Tagen in der Woche arbeitet und an jedem 6 M. verdient, in die VI. Stufe gehören, weil der Verdienst für den einzelnen Arbeitstag kein schwankender ist, sondern in der Höhe von 6 M. feststeht.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1142 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 11. Juli 1916 | Heft 20

Der Krieg in Verwaltung und Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung.

Von Städt. Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München.

Der Ausbruch des gegenwärtigen Krieges stellte die mit der Durchführung der Reichsversicherung betrauten Versicherungsbehörden und Versicherungsträger vor eine Fülle neuer Aufgaben und Fragen. Ihr eigentliches Arbeitsgebiet, völlig auf den Gedanken einer friedlichen Entwicklung unseres Wirtschaftslebens eingestellt, mußte erst der durch den Krieg geschaffenen neuen Lage angepaßt werden. Nachdem man hier die Schwierigkeiten, die sich namentlich während der Ueberleitung von der Friedens- in die Kriegswirtschaft geltend machten, überwunden hatte und nachdem sich die Befürchtungen hinsichtlich der Widerstandskraft unserer sozialen Versicherungseinrichtungen dank ihrer vorzüglichen inneren Organisation als hinfällig erwiesen hatten, brachte die Anwendung des geltenden Rechts auf die Kriegsteilnehmer und die Auslegung der verschiedenen Kriegsgesetze neue Zweifel. Im Laufe der nahezu zweijährigen Kriegsdauer wurde in zahlreichen Abhandlungen zu den einzelnen Fragen Stellung genommen, haben die Versicherungs- und Verwaltungsbehörden vielfach Gelegenheit gehabt, ihre Rechtsanschauung hierüber in den von ihnen erlassenen Entscheidungen und Entschließungen niederzulegen. Das mannigfaltige Material liegt weit verzweigt in den einzelnen Fachzeitschriften und Entscheidungssammlungen. Bei der Menge des Vorhandenen wird selbst der Fachmann kaum in der Lage sein, sich den nötigen Ueberblick auf die Dauer zu wahren. Deshalb soll der Versuch gemacht werden, die auf den Krieg bezüglichen Fragen der Reichsversicherung zusammenfassend darzustellen. Literatur und Rechtsprechung sind an der Hand der Entscheidungssammlungen und der größeren Fachzeitschriften bearbeitet. Von den Erlassen der zuständigen Reichs- und Landesbehörden sind die reinen Gesetzes- und Vollzugsbestimmungen als bekannt vorausgesetzt und nur die mehr der Erläuterung dienenden Bescheide nach Möglichkeit herangezogen. Besonders berücksichtigt sind auch die, eine Fülle des Wissenswerten bietenden, in der Arbeiter-Versorgung erteilten Auskünfte.

A. Allgemeines.

I. Literatur.

a) **Arbeiter-Versorgung:** Hahn: „Sozialversicherung und Krieg" 1914, S. 561; Hänel: „Beziehung der Reichsversicherungsordnung auf das feindliche Ausland und die feindlichen Ausländer" 1915 S. 649, S. 673; Seelmann; „Geburtenrückgang und Reichsversicherungsordnung" 1916 S. 73, S. 103.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Dersch: „Die Anwendung der Strafnormen der sozialen Versicherung auf Militärpersonen" 1915 S. 781; Kaan: „Die österreichische Sozialversicherung während des Krieges" 1915 S. 439; Kaskel: „Der Einfluß des Krieges auf die deutsche Sozialver-

sicherung" 1914 S. 651; Liszt: „Der Einfluß des Krieges auf die Staatsverträge über Sozialversicherung" 1914 S. 681; Ostern: „Der Einfluß des Krieges auf das Verfahren" 1914 S. 732; Tränkner: „Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, Krankenversicherung und Angestelltenversicherung im besetzten Feindesland" 1915 S. 612; Witowski: „Arbeiterversicherung und Krieg" 1915 S. 1; —: „Kriegsinvalidenfürsorge und Arbeiterversicherung" 1915 S. 281.

c) **Die Ortskrankenkasse:** Kleeis: „Die soziale Versicherung der Ausländer während der Kriegszeit" 1915 S. 286.

d) **Die Betriebskrankenkasse:** Sonderhoff: „Ein Jahr Krieg" 1915 S. 159; Ungenannt: „Kriegsgefangene, die in deutschen industriellen Werken beschäftigt werden, unterliegen nicht der Versicherungspflicht" 1915 S. 39.

e) **Die Krankenversicherung:** Schmittmann: „Inwieweit sind Kriegsbeschädigte noch versicherungspflichtig? Können sie von der Sozialversicherung befreit werden?" 1916 S. 2.

f) **Zentralblatt für Reichsversicherung:** Full: „Die Stellung der Träger der Reichsversicherung im Krieg" 1915 S. 373.

g) **Invalidität und Altersversicherung (Mainzer Zeitschrift):** Frankenberg: „Die Versicherungsbehörden und der Krieg" 25. Jahrg. S. 17; Unbekannt: „Die versicherungsrechtliche Behandlung der Beschäftigung von Angehörigen feindlicher Staaten" 25. Jahrg. S. 151; —: „Die versicherungsrechtliche Behandlung der Kriegsverletzten und Kriegsinvaliden" 26. Jahrg. S. 69, 81.

h) **Der Versicherungsbote:** D.: „Krieg und Sozialversicherung" 1914 S. 202, 229.

i) **Preußisches Verwaltungsblatt:** Hoffmann: „Die Kriegsgesetze für die Arbeiterversicherung" B. 36 S. 374.

k) **Die Berufsgenossenschaft:** Kaskel: „Der Einfluß des Krieges auf das Vermögen der Versicherungsträger" 1914 S. 165; Meesmann: „Krieg und Sozialversicherung" 1915 S. 113, 121.

l) **Das Recht:** Arndt: „Ist der Soldat unter den Fahnen, wo diese auch wehen, zumal im besetzten Gebiete im Sinne der Reichsversicherungsordnung im Inland oder im Ausland" 1915 S. 236.

m) **Deutsche Juristenzeitung:** Witowski: „Die deutsche Arbeiterversicherung und der Krieg" 1915 S. 1057.

n) **Recht und Wirtschaft:** Kaisenberg: „Die Kriegsrüstung in der Arbeiterversicherung" 1914 S. 295.

o) **Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik:** Hanauer: „Der Krieg und die deutsche Arbeiterversicherung" 1915 S. 499.

p) **Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft:** Hoffmann: „Kriegsfragen der Sozialversicherung" 1915 S. 301; Stier-Somlo: „Der Auslandsbegriff in der Sozialversicherung" 1916 S. 124.

II. Rechtsprechung und Verwaltung.

Verwaltung und Rechtsprechung hatten sich mit Fragen allgemeiner Natur weniger zu beschäftigen. Wo es doch geschah, wie bei der am meisten in Betracht kommenden Frage der Versicherungspflicht bestimmter Personengruppen, ist die Sachlage so gestaltet, daß zweckmäßiger Weise hierauf erst bei dem jeweiligen Versicherungszweige eingegangen wird. Hier sei nur darauf verwiesen, daß nach einem Beschluß des Oberlandesgerichts München vom 15. Februar 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 318) die Bundesratsbekanntmachung vom 7. August 1914 über die gerichtliche Bewilligung von Zahlungsfristen während des Krieges auf die öffentlich-rechtlichen Ansprüche der Versicherungsträger nicht Anwendung findet.

B. Krankenversicherung.

I. Literatur.

a) **Arbeiter-Versorgung:** Hahn: „Zur Frage der Versicherungspflicht der zum Kriegsdienst einberufenen Arbeitnehmer" 1915 S. 433; Jaeger: „Zum Vollzug des § 2 der Bekanntmachung vom 12. August 1915 betr. die Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung" (RGBl. S. 497) 1916 S. 25; Kleeis: „Können die Beiträge für freiwillige Kassenmitglieder (insbesondere für Kriegsteilnehmer) gestundet werden?" 1914 S. 633; —: „Die Gewährung der Krankenkassenleistungen an die Kriegsteilnehmer in der Praxis" 1914 S. 729; —: „Wie ist zu verfahren, wenn die Ersatzmänner für ein Kassenorgan aufgebraucht sind?" 1914 S. 828; —: „Ist zur Gewährung von Teuerungszulagen an die Krankenkassenangestellten eine Aenderung der Dienstordnung nötig?" 1916 S. 67; —: „Krankenfürsorge für die Familien und Hinterbliebenen der Kriegsteilnehmer" 1916 S. 241; Sprechsaal: „Gilt das von den deutschen Truppen besetzte Gebiet für den deutschen Soldaten als Inland, insbesondere im Sinne von § 214 RVO?" 1915 S. 377.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Gerbaulet: „Beschlußfähigkeit der Krankenkassenorgane während des Krieges" 1915 S. 779; Hänel: „Finden die §§ 313

und 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer Anwendung? 1915 S. 481; Hoffmann: „Die Kriegsgesetze für die Krankenversicherung" 1914 S. 662; —: „Der Einfluß des Krieges auf die Leistungen der Krankenversicherung" 1914 S. 794; —: „Sterbegeld für Kriegsteilnehmer" 1916 S. 172; Moll: „Kriegsvertretung bei Krankenkassen" 1914 S. 682.

c) **Die Ortskrankenkasse:** Bruns und Flick: „Weiterzahlung von Gehalt bei freiwilligem Eintritt in den Heeresdienst" 1915 S. 668, S. 771; Cohn: „Die Krankenkassen und der Krieg" 1914 S. 227; Erzellitzer: „Brauchen wir Kriegskrankenkassen" 1914 S. 429; Dollescheł: „Gewährung von Krankengeld an erkrankte Kassenmitglieder während des Aufenthalts in Militärlazaretten" 1916 S. 21; Fräßdorf: „Mitgliedschaft und Unterstützung der Kriegsteilnehmer bei den Krankenkassen" 1914 S. 236; —: „Ansprüche der zu den Fahnen einberufenen Kassenbeamten" 1914 S. 343; Gräf: „Der Krieg und die Krankenkassen" 1914 S. 263; —: „Aerzte und Krankenhausfrage während des Krieges" 1914 S. 321; —: „Krankengeld an verwundete Krieger" 1914 S. 402; —: „Gewährung von Sterbegeld für Krieger" 1915 S. 88; Gräf-Giebel: „Kriegsverletzte als Kassenbeamte" 1915 S. 378; Helms: „Gehaltsfortzahlung an Einberufene und Beitragspflicht" 1915 S. 282; Lehmann: „Zeit- und Streitfragen der Krankenversicherung" 1914 S. 260; —: „Krankenversicherung der Kriegsarbeiter" 1914 S. 461; —: „Die Belastung der Krankenkassen durch die Kriegsteilnehmer" 1915 S. 328; —: „Die Verhältnisse der Krankenkassen während des Krieges" 1915 S. 481; Mayer: „Personenkriegsschäden und Krankenkassen" 1915 S. 785; Neumann: „Krankenversicherungspflicht der in gewerblichen Betrieben beschäftigten, aber noch in Lazarettbehandlung befindlichen Kriegsteilnehmer" 1916 S. 58; von Olshausen: „Die Verpflichtung der Krankenkassen zur Gewährung von Krankenpflege an Heeresangehörige und die etwaige Geltendmachung von Erstattungsansprüchen an die Heeresverwaltung" 1916 S. 161; Starke: „Krieg und Aerzteorganisation" 1914 S. 395; Weck: „Die Einwirkung des Krieges auf die ostpreußischen Krankenkassen" 1916 S. 41; Unbekannt: „Kriegsausbruch und Krankenkassenverbände" 1914 S. 266; S. 298.

d) **Die Betriebskrankenkasse:** Frankenberg: „Die Krankenversicherung entlassener Krieger" 1914 S. 212; —: „Ist eine Fristenverlängerung für die freiwillige Weiterversicherung von Kriegsteilnehmern zulässig?" 1914 S. 236; —: „Die Lehren des Krieges für die Krankenkassen" 1915 S. 169; Fuld: „Kriegsteilnehmer gelten als erwerbslos i. S. das § 214 RVO." 1914 S. 177; —: „Krankenkassen und Genesendenfürsorge für Kriegsteilnehmer" 1915 S. 101; Hahn: „Einfluß einer Gehaltsminderung während des Krieges auf die Krankenversicherungspflicht und -berechtigung" 1915 S. 30; Reitz: „Krankenversicherungspflicht Kriegsbeschädigter" 1916 S. 29; Schwalenberg: „Krieg und Krankenversicherung" 1914 S. 227; Sonderhoff: „Kriegsbeschädigte und Krankenkassen" 1916 S. 74; Wandel: „Die Lage der Krankenkassen während des Krieges" 1914 S. 241; 1915 S. 252, S. 264.

e) **Die Krankenversicherung:** Dieck: „Findet bei Kriegsteilnehmern § 214 Abs. 3 RVO. Anwendung?" 1914 S. 165; 1915 S. 37; Frankenberg: „Die Kassenmitgliedschaft der Einberufenen" 1914 S. 137; —: „Die Beschlußfähigkeit der Kassenvertretung in der Kriegszeit" 1915 S. 161; Fuld: „Zur Anwendung des § 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer" 1916 S. 61; Gerlach: „Die Anwendung des § 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer" 1915 S. 93; Hoffmann: „Die Beziehungen der Kriegsteilnehmer zur Krankenversicherung" 1916 S. 41. — Unbekannt: „Ergänzungswahlen zu den Krankenkassenorganen infolge des Krieges" 1916 S. 57.

f) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** Gräf: „Sterbegeld für Kriegsteilnehmer" 1914 S. 407; Köhne: „Verpflichtet die Weiterzahlung des Lohnes oder Gehaltes an Kriegsteilnehmer zu den Beiträgen der Sozialversicherung" 1915 S. 1; —: „Der Anspruch verwundeter Kriegsteilnehmer auf Krankengeld in den ersten drei Wochen nach Aufhören der Versicherungspflicht" 1915 S. 393; Krüger: „Die Leistungspflicht der Krankenkassen an Kriegsteilnehmer" 1915 S. 25; Stier-Somlo: „Der Krieg und die Sozialversicherung" 1914 S. 341; —: „Zum Rechte der Sozialversicherung in der gegenwärtigen Kriegszeit" 1914 S. 361.

g) **Invaliditäts- und Altersversicherung (Mainzer Zeitschrift):** Dietz: „Krankenkasse und Krüppelfürsorge" 25. Jahrg. S. 168; Seelmann: „Krankengeld und Sterbegeld für Kriegsteilnehmer" 26. Jahrg. S. 78.

h) **Der Versicherungsbote:** Buetz: „Die Einwirkung des Krieges auf die Krankenversicherung" 1916 S. 49.

i) **Preußisches Verwaltungsblatt:** Kaisenberg: „Krankenversicherung und Krieg", Jahrgang 35 S. 888.

k) **Die Berufsgenossenschaft:** Stellbaum: „Der Einfluß des Krieges auf die Krankenversicherungspflicht der Berufsgenossenschaftsangestellten" 1915 S. 37.

l) **Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft:** Stier-Somlo: „Die Kranken-

versicherung während des Krieges und das Eingreifen des Reichs auch in Friedenszeiten" 1915 S. 17.

II. Rechtsprechung und Verwaltung.

Den weitestgehenden Einfluß äußert der Krieg naturgemäß auf dem Gebiete der Krankenversicherung. Hier war erst mit dem 1. Januar 1914 die Neuorganisation des ganzen Krankenkassenwesens in Wirksamkeit getreten und bis zum Kriegsausbruch in vielen Teilen noch garnicht zum Abschluß gelangt. Auch ist es gerade die Versicherung gegen Krankheit,welche mit den allgemeinen Zuständen des wirtschaftlichen und sozialen Lebens in die unmittelbarste Berührung tritt und daher von einer so tiefgehenden Erschütterung ,wie sie der gegenwärtige Krieg mit sich brachte, am nächsten in Mitleidenschaft gezogen werden mußte. Die Unfallversicherung als ein enger begrenztes Gebiet wird zwar in ihrer inneren Verwaltungsorganisation den Krieg gleichfalls nicht spurlos an sich vorübergehen sehen, der bei ihr Versicherte wird jedoch den Einfluß des Krieges auf seine Person in den seltensten Fällen in Forderungen an seinen Versicherungsträger umsetzen können. Stärker sind schon die Berührungspunkte zwischen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und Krieg. Doch wird, da es sich hier mehr oder weniger um glatte schon in Friedenszeiten in ähnlicher Weise, wenn auch nicht so zahlreich angefallene Fälle handelt, zu Streitigkeiten seltener ein Anlaß gegeben sein. Ganz im Gegensatz hierzu findet sich die Krankenversicherung größtenteils neuen Verhältnissen gegenüber, die, selbst wenn der beste Wille zu ihrer von sozialem Geiste erfüllten Beurteilung besteht, notwendigerweise mit Rücksicht auf die Verantwortung gegenüber der Aufsichtsbehörde zu einer Klärung im Streitverfahren führen müssen.

Die Zweifel begannen bereits bei dem Begriff der **Versicherungspflicht von Kriegsteilnehmern**. Zahlreichen Einberufenen hatten die Arbeitgeber das Gehalt ganz oder teilweise belassen und es erhob sich nun die Frage, ob diese Personen auch weiterhin als versicherungspflichtige Mitglieder ihrer bisherigen Krankenkasse zu gelten hatten. Nachdem bereits das Versicherungsamt der Stadt Kiel in einem Beschluß vom 29. Nov. 1914 (ArbVers. 1914 S. 857) hier das Vorliegen eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses verneint hatte, hat sich auch das Reichsversicherungsamt in der Grundsätzlichen Entscheidung vom 6. Februar 1915 Nr. 1969 (Amtl. Nachr. 1915 S. 371) mit Rücksicht auf die fehlende Verfügungsmacht des Arbeitgebers über den Einberufenen und die Tatsache, daß die gewährte Zuwendung nicht als Gegenleistung (Entgelt) sondern als eine der Familie gewährte Unterstützung zu gelten habe, diesem Standpunkt angeschlossen. Das Reichsversicherungsamt läßt dabei dahingestellt, wie die Frage in dem bei der ihm vorliegenden Streitfrage nicht behaupteten Fall zu beurteilen wäre, daß Arbeitgeber und Arbeitnehmer ausdrücklich die Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses nach Schluß des Krieges vereinbarten und der Arbeitgeber mit Rücksicht hierauf zwecks Erhaltung der Arbeitskraft des Einberufenen für eine spätere Zeit das Gehalt ganz oder teilweise weiterzahlt; in diesem Falle erscheint allerdings die Voraussetzung für ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis noch vorzuliegen (Arb.Vers 1914 S. 561/562; 1915 S. 45 Ziff. 1), wie auch trotz der Entscheidung des Reichsversicherungsamts verschiedentlich noch der Standpunkt eingenommen wird, daß bereits die bloße Tatsache der Gehaltsfortzahlung das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis weiter aufrecht erhalte. (Arb.Vers. 1915 S. 480 Ziff. 8; S. 838 Ziff. 6).

Die Bestrebungen, unseren Kriegsbeschädigten durch die Möglichkeit der Arbeitsausübung nicht nur über ihr Schicksal hinwegzuhelfen, sondern sie auch ihrem bisherigen Berufe tunlichst zu erhalten oder ihnen wenigstens die Erlernung eines neuen, den ihnen noch verbliebenen Kräften entsprechenden Berufes zu ermöglichen, führen des öfteren dazu, daß Kriegsbeschädigte noch während ihres Lazarettaufenthaltes in gewerb-

lichen Betrieben einer, wenn auch nicht voll entlohnten Beschäftigung nachgehen. Derartige Beschäftigungsverhältnisse sind nach einer Entscheidung des Versicherungsamtes der Stadt Offenbach vom 10. Dezember 1915 als versicherungspflichtig zu erachten (Zentralbl. der Reichsvers. 1916 H. 3 S. 101; vgl. auch Arb.Vers. 1915 S. 814 Ziff. 5). Wie auch hier die noch bestehende Eigenschaft des Arbeitnehmers als einer Militärperson die Möglichkeit des Eingehens eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses nicht zu unterbinden vermag, so gilt dies in gleicher Weise auch von der während eines kurzen Militärurlaubes aufgenommenen Arbeitstätigkeit bei dem früheren oder einem neuen Arbeitgeber (Arb.Vers. 1915 S. 192 Ziff. 3; S. 479 Ziff. 7b; S. 839 Ziff. 12d).

Noch strittiger gestaltet sich die Frage der Zugehörigkeit zu einer Kasse, wenn erst der Krieg das Beschäftigungsverhältnis schafft oder wenn Personen zur Ausübung der an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung herangezogen wurden, die Angehörige von mit uns im Kriegszustand befindlichen Staaten sind. Kriegsarbeiten und Kriegsbeschäftigungen, die im Inland ausgeführt werden, machen in dieser Beziehung die mit ihnen Beschäftigten versicherungspflichtig (Arb.Vers. 1916 S. 119 Ziff. 3), auch wenn es sich um Militärpersonen handelt, die zu ihrer Erledigung ausdrücklich beurlaubt wurden (Arb.Vers. 1915 S. 671 Ziff. 7; S. 816 Ziff. 14a; 1916 S. 310 Ziff. 6). Arbeiten deutscher Firmen im Ausland dagegen können nach Entscheidungen des Oberversicherungsamts Cöln vom 5. November 1915, des Versicherungsamts der Stadt Kiel vom 28. Dezember 1915 sowie des Versicherungsamts der Stadt Leipzig vom 24. Januar 1916 in Verbindung mit einem Bescheide des Reichsversicherungsamts vom 19. März 1915 auf dem Gebiete der Krankenversicherung nicht als Ausstrahlung eines inländischen Betriebes angesehen werden und machen daher nicht versicherungspflichtig (Arb.Vers. 1916 S. 53, 81 und 201; Ortskrankenkasse 1916 S. 144; a. A. Arb. Vers. 1914 S. 773 Ziff. 2, wo nur die in einem solchen Betriebe beschäftigten Ausländer (Belgier) als versicherungsfrei erachtet werden). Aehnlich hat das Reichsversicherungsamt in einem Bescheide vom 18. Januar 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 460; Arb.Vers. 1915 S. 419) sich gegen die Versicherungspflicht russisch-polnischer Sachsengänger ausgesprochen, die an der Rückkehr in die Heimat durch behördliche Anordnungen verhindert und für die Dauer des Krieges hinsichtlich der Wahl ihres Aufenthaltes und ihrer Arbeit beschränkt, also in gewissem Sinne unfrei sind (anders hinsichtlich der Italiener: Bescheid vom 8. August 1915 in Arb.Vers 1915 S. 682). Diese Ansicht ist nicht ganz unbestritten (Arb.Vers. 1915 S. 356; S. 768 Ziff. 9), namentlich tritt ihr das Oberversicherungsamt Oppeln in einer Entscheidung vom 27. August 1915 (Arch. f. Reichsvers. 1916 H. 1 S. 7) entgegen, wonach russisch-polnische, im Inland beschäftigte Arbeiter, trotzdem sie unter polizeilicher Aufsicht stehen, der Krankenversicherungspflicht unterliegen (vgl. auch Arb.Vers. 1916 S. 23 Ziff. 12). Auch das Oberversicherungsamt Merseburg hat mit einer Entscheidung vom 24. Februar 1916 russische aus dem Okkupationsgebiet nach Deutschland gekommene Arbeiter der Krankenversicherung unterworfen (Ortskrankenkasse 1916 S. 263). Das Reichsversicherungsamt hat aber, wie sich aus einem Erlaß des preuß. Ministers für Landwirtschaft vom 26. Februar 1916 (Betriebskrankenkasse 1916 S. 83) ergibt, hinsichtlich der bei Kriegsbeginn in der deutschen Landwirtschaft beschäftigten und dann zurückgehaltenen russischen Saisonarbeiter in einer noch nicht veröffentlichten Entscheidung an seiner Ansicht festgehalten. Die Frage der Versicherungspflicht wird übrigens auch für internierte Angehörige feindlicher Staaten bejaht (Arb.Vers. 1915 S. 72 Ziff. 8), während man sie für die, wenn auch gegen eine kleine Vergütung erfolgende Beschäftigung von Kriegsgefangenen verneinen muß (Arb.Vers. 1914 S. 680 Ziff. 3b).

Als selbstverständlich muß die Versicherungs-

pflicht von Personen erachtet werden, welche bei Notstandsarbeiten beschäftigt werden, die erst infolge des Krieges eingeleitet wurden (Arb.Vers. 1914 S. 679 Ziff. 1 a). Das Personal der freiwilligen Krankenpflege ist dagegen erst durch besonderen Erlaß des preußischen Kriegsministeriums vom 5. Nov. 1915 (Arch. f. Reichsvers. 1915 S. 185) der Krankenversicherung unterstellt worden (vgl. auch Arb.Vers. 1915 S. 574 Ziff. 9).

Eine besondere Frage tauchte anläßlich des Kriegsausbruchs noch insofern auf, als der Tag der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nicht immer ganz klar liegt. Im allgemeinen dürfte der Tag der Einziehung zum Heeresdienst das Beschäftigungsverhältnis auch bei allenfalsig längerer Vertragsdauer gelöst haben (Arb. Vers. 1914 S. 728 Ziff. 15), wobei eine am Tage der letzten Lohnzahlung noch vorgenommene kurze Tätigkeit trotz stilliegenden Betriebes und tatsächlich bereits tags vorher beendeter Beschäftigung die Lösung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses erst von diesem Tage an bewirkt (Arb.Vers. 1915 S. 142 Ziff. 3). Wird der Lehrherr zu den Fahnen einberufen und muß er deshalb seinen Betrieb einstellen, so endigt hiermit für den Lehrling das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis, wenn auch der Lehrvertrag selbst als fortlaufend gelten muß (Arb.Vers. 1915 S. 47 Ziff. 10).

Die Einstellung von Kriegsbeschädigten führte dazu, daß sich, namentlich bei Betriebskrankenkassen, eine Häufung der nach § 173 RVO. gestellten Anträge auf Befreiung von der Versicherungspflicht ergab. Da hierbei die notwendigen Voraussetzungen keineswegs immer alle gegeben waren und teilweise von Arbeitgebern auch insoweit ein Zwang auf die Kriegsbeschädigten ausgeübt wurde, als ihre Einstellung von der Befreiung nach § 173 RVO. abhängig gemacht wurde, sahen sich die Bundesregierungen gezwungen, auf das Unzulässige eines solchen Vorgehens hinzuweisen (Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 11. Dezember 1915 in HMBl. S. 389, Arch. f. Reichsvers. 1916 S. 2 und des bayer. Ministeriums des Innern vom 22. Dezember 1915 in Bayer. Staatsztg. 1915 Nr. 301).

Besondere Zweifel wurden von manchen Seiten auch darüber gehegt, ob Militärpersonen überhaupt Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung erheben können. Krankheit oder Tod infolge einer Verwundung im Kriege vermögen den Anspruch auf Kassenleistung nicht anders zu gestalten, als es im Frieden der Fall ist. (Arb.Vers. 1914 S. 605 Ziff 1). Auch der Kriegsteilnehmer hat Anspruch auf Krankengeld (Arb.Vers. 1914 S. 751 Ziff. 8 b; 1915 S. 215 Ziff. 3 a), selbst wenn er erst nach Eintritt in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis infolge einer von einer vorher erlittenen Verwundung hervorgerufenen Erkrankung arbeitsunfähig wird (Arb.Vers. 1915 S. 550 Ziff. 6 S. 839 Ziff. 12 c). Hierbei macht es keinen Unterschied, ob der Kriegsteilnehmer lazarett- oder revierkrank oder in die Heimat beurlaubt ist (a. a. O. 1916 S. 22 Ziff. 5), ob er etwa kriegsfreiwillig zur Truppe gegangen ist (a. a. O. 1916 S. 22 Ziff. 6 oder sich in Kriegsgefangenschaft befindet 1915 S. 21 Ziff. 2 a; 1916 S. 215 Ziff. 8). Voraussetzung ist nur, daß Arbeitsunfähigkeit besteht, die allerdings trotz fortdauernder Garnisons- oder Felddienstuntauglichkeit behoben sein kann (a. a. O. 1915 S. 47 Ziff. 11), wie auch anderseits militärische Dienstfähigkeit nach einer Entscheidung des Kgl. Sächsischen Landesversicherungsamts vom 10. Juli 1915 (a. a. O. 1915 S. 639) noch nicht Arbeitsfähigkeit im Sinne der Versicherungsgesetze bedeuten muß. Hausgeld kann allerdings an Kriegsteilnehmer nicht gezahlt werden, da dies nur bei Gewährung von Krankenhauspflege durch die Kasse selbst in Frage kommt (a. a. O. S. 119 Ziff. 8 a; S. 215 Ziff. 3 a). Auch der Anspruch auf Ersatzgeld nach § 193 Abs. 3 RVO. steht dem Kriegsteilnehmer nach der Grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2042 vom 17. Mai 1915 (Amtl. Nachr.

1915 S. 573) nicht zu (vgl. Arb.Vers. 1915 S. 432 Ziff. 15).

Die zur Erhebung des Krankengeldes notwendige Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit muß auch bei Kriegsteilnehmern von ärztlicher Seite erfolgt sein. Zumeist wird die Erteilung dieser Bestätigung durch die einzelnen Lazarette zu erfolgen haben. Nach Erl. des Kgl. Preuß. Kriegsministeriums vom 15. September 1915 (Krankenversicherung 1916 S. 34) sind die Militärärzte zur unentgeltlichen Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen verpflichtet (vgl. auch a. a. O. 1915 S. 53, 125, 166; 1916 S. 45), jedoch sollen ihnen die Krankenkassen nach einem weiteren Erlasse vom 11. März 1916 (Betriebskrankenkasse 1916 S. 83) durch vorgedruckte Krankenscheine ihre Tätigkeit möglichst erleichtern.

Nach § 203 RVO. wird Sterbegeld nur bei z. Z. des Todes zwischen dem Verstorbenen und seinen Angehörigen bestandener häuslicher Gemeindschaft an die letzteren ausgezahlt. / Sowohl das Oberversicherungsamt Leipzig wie das Versicherungsamt der Stadt Jena haben sich in Entscheidungen vom 27. Oktober 1914 (Ortskrankenkasse 1915 S. 132) und vom 27. November 1914 (Zentr. Bl. f. Reichsvers. 1915 S. 149) dafür ausgesprochen, daß der Eintritt des Versicherten in den Heeresdienst die häusliche Gemeinschaft des § 203 RVO. nicht ohne weiteres löst (vgl. auch Rundschreiben des Kgl. Oberversicherungsamts Düsseldorf vom 4. Dezember 1914 in Krankenversicherung 1915 S. 13). Diese Anschauung hat auch das Reichsversicherungsamt in der Grundsätzlichen Entscheidung 1992 vom 1. Februar 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 432; Arb.Vers. 1915 S. 395) bestätigt. Gleichzeitig hat das Reichsversicherungsamt auch dahin erkannt, daß im Falle der Vornahme der Beerdigung durch die Heeresverwaltung ,also bei Nichterwachsen von Kosten, die bezugsberechtigten Angehörigen das ganze Sterbegeld erhalten. Ein Anspruch auf Sterbegeld kommt nur dann in Wegfall, wenn beim Tode des Kriegsteilnehmers die freiwillige Mitgliedschaft durch Unterlassung der Beitragsleistung erloschen war (Arb. Vers. 1915 S. 456 Ziff. 8b).

Eine der am heftigsten umstrittenen Fragen entwickelte sich aus der Anwendbarkeit des § 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer. Können Krieger überhaupt als „erwerbslos" gelten und sollen bejahendenfalls Versicherungsfälle, die im Kampfe um die Vertreibung unserer Feinde von deutschem Boden und solche, die schon außerhalb der Reichsgrenzen eingetreten waren, verschieden gehandhabt werden oder kann nicht dem § 214 RVO. eine Auslegung gegeben werden, die in unseren, weit in Feindesland hinausgeschobenen Schützengräben nur gegenwärtig erweiterte Reichsgrenzen und in dem dahinter liegenden Gebiete Inland im Sinne des Versicherungsrechts sieht? Daß auch Kriegsteilnehmer als erwerbslos im Sinne des § 214 RVO. gelten, wurde im Anschluß an die hinsichtlich der Militärpersonen geübte Handhabung dieser Bestimmung verhältnismäßig bald von allen Seiten anerkannt und vom Städt. Versicherungsamt Nürnberg in einer Entscheidung vom 8. September 1914 (Ortskrankenkasse 1914 S. 475) und vom Städt. Versicherungsamt Karlsruhe in solchen vom 6. Oktober 1914 und vom 7. Mai 1915 (Arb.Vers. 1914 S. 718; 1915 S. 440) ausgesprochen; nach einem Urteil des Landgerichts Braunschweig vom 3. Dezember 1915 gilt die Anwendbarkeit des § 214 auch für Ersatzkassenmitglieder (Ortskrankenkasse 1916 S. 231), worauf auch das Aufsichtsamt für Privatversicherung in einem an die zugelassenen Ersatzkassen gerichteten Rundschreiben (Betriebskrankenkasse 1916 S. 83) hinweist. Das Badische Landesversicherungsamt sprach sich jedoch in einer Grundsätzlichen Entscheidung vom 11. Februar 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 303) gegen die Anwendbarkeit des § 214 RVO. aus, wogegen die grundsätzliche Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamtes 2071 vom 28. Juni 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 635; Arb.Vers. 1915 S. 661) die Anwendung des § 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer ausdrücklich bejahte. Das gleiche geschah durch eine Entscheidung des Bayer. Landesversicherungsamts vom 25. Oktober 1915 (Entsch. und

Mitteilungen des Bayer. Landesversicherungsamts 1916 S. 14).

Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vermied allerdings zunächst noch ein Eingehen darauf, ob auch der außerhalb der Grenzen des Deutschen Reichs eingetretene Versicherungsfall die Kasse zu einer Entschädigung verpflichte. Diese Meinung wurde u. a. vom Versicherungsamt Landkreis Liegnitz in einer Entscheidung vom 3. Dezember 1914 (Arb.Vers. 1915 S. 10), vom Versicherungsamt Magdeburg in einer Entscheidung ohne Datum (Krankenversicherung 1915 S. 45), vom Oberversicherungsamt Liegnitz in einer solchen vom 4. März 1915 (Ortskrankenkasse 1915 S. 267), vom Versicherungsamt Stadt Dresden in einer solchen vom 15. März 1915 (Ortskrankenkasse 1915 S. 469) vom Oberversicherungsamt Wiesbaden in einer solchen vom 15. Mai 1915 (Arch. f. Reichsvers. 1915 S. 142) und vom Oberversicherungsamt Darmstadt in einer solchen vom 14. Juli 1915 (Mainzer Ztschr. 25. Jahrg. S. 147) bejaht, wogegen sich Entscheidungen des Oberversicherungsamts Dortmund (Betriebskrankenkasse 1915 S. 153), des Versicherungsamts Ludwigsburg vom 13. Januar 1915 und des Oberversicherungsamts Stuttgart vom 19. März 1915((Ortskrankenkasse 1915 S. 431), des Versicherungsamts Schwerin vom 19. Januar 1915 (ebenda 1915 S. 133), des Oberversicherungsamts Dresden vom 10. Mai 1915 (ebenda 1915 S. 469) und des Oberversicherungsamts Arnsberg vom 26. Juni 1915 (Betriebskrankenkasse 1915 S. 154) in verneinendem Sinne aussprachen (vgl. auch Arb.Vers. 1914 S. 702 Ziff. 5; S. 749 Ziff. 1a; S. 822 Ziff. 2a und b; 1915 S. 503 Ziff. 11; S. 528 Ziff. 12; S. 551 Ziff. 9; 1916 S. 120 Ziff. 9).

Die starken Widersprüche führten, nachdem das Kgl. Sächsische Landesversicherungsamt in einer Entscheidung vom 10. Juli 1915 („Grundsätzliche Entscheidungen des Kgl. Sächsischen Landesversicherungsamts" 1915 S. 200) die Anwendbarkeit des § 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer völlig verneint hatte und an dieser Anschauung weiter festhalten wollte, dazu, daß sich am 11. Dezember 1915 der Große Senat des Reichsversicherungsamts mit dieser Frage beschäftigte (Amtl. Nachr. 1916 S. 334; Arb.Vers. 1916 S. 129). Er hielt die Anwendbarkeit des § 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer aufrecht, sprach sich jedoch dahin aus, daß bei Eintritt des Versicherungsfalles außerhalb der Reichsgrenzen ein Anspruch auf Entschädigung nicht mehr gegeben sei, daß also die von uns okkupierten feindlichen Gebiete versicherungsrechtlich nicht als Inland angesehen werden können. Es ist bedauerlich, daß sich die hierdurch herbeigeführte Scheidung unserer Krieger in zwei Gruppen, welche zweifellos im Volke nicht verstanden werden wird, nicht vermeiden ließ. Als endgültig unabänderlich kann aber auch diese Entscheidung des RVA. nicht angesehen werden (Arbeiter-Vers. 1915 S. 863 Ziff. 4). Bis auf weiteres wird jedoch eine Vermeidung dieser verschiedenartigen Behandlung nur im Wege der Satzungsänderung möglich sein, wozu das Oberversicherungsamt Düsseldorf die ihm unterstellten Krankenkassen in einer an die Versicherungsämter gerichteten Verfügung ausdrücklich hinweist (Betriebskrankenkasse 1916 S. 78). Das badische Landesversicherungsamt hat sich inzwischen mit Erlaß vom 15. März 1916 (Krankenversicherung 1916 S. 60) dem Standpunkt des Reichsversicherungsamts angeschlossen.

Die sicherste Möglichkeit, sich auch bei Eintritt des Versicherungsfalls im Ausland den Anspruch auf die Leistungen der Reichsversicherung zu erhalten, bietet dem Kriegsteilnehmer die im Wege des § 313 RVO. bestätigte Weiterversicherung. Es ist nicht nötig, daß er die hierzu nötige Anmeldung selbst vornimmt, vielmehr wirkt nach der Grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts 1992 vom 1. Februar 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 432; Arb. Vers. 1915 S. 395) auch die mit seiner ausdrücklichen oder mutmaßlichen Einwilligung vollzogene Beitragsentrichtung durch Dritte (Arbeitgeber, Städte, Familienangehörige) in

verbindlicher Weise (vgl. auch Arb.Vers. 1915 S. 95 Ziff. 4; S. 671 Ziff. 8). Der von verschiedener Seite erhobene Einwand, daß Leistungen auf Grund der Weiterversicherung nach § 313 RVO. nicht möglich seien, weil der Kriegsteilnehmer nicht erst durch den Versicherungsfall, sondern bereits durch die Einberufung zum Heeresdienst „arbeitsunfähig" geworden sei, bezeichnen die Grundsätzlichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts 1992 vom 1. Februar 1915, 2042 vom 17. Mai 1915, 2110 vom 27. Sept. 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 432, 573, 761 und Arb.Vers. 1915 S. 395, 584; 1916 S. 56) sowie die Entscheidung des Sächsischen Landesversicherungsamts vom 10. Juli 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 639) als hinfällig (vgl. auch ebenda 1916 S. 216 Ziff. 14). Die Anmeldung zur freiwilligen Weiterversicherung muß allerdings auch tatsächlich erfolgt sein; hat eine Kasse es unterlassen, eine ihr vom Versicherungsamt zugegangene, das Recht der Weiterversicherung erläuternde Bekanntmachung zu verbreiten, so können nicht unter der Begründung Ansprüche gestellt werden, daß die Weiterversicherung bei Kenntnis dieser Bekanntmachung erfolgt wäre (Arb. Vers. 1915 S. 142 Ziff. 2).

Wird das Gehalt eines Versicherten während der Kriegsdauer gemindert, so ist der Kasse entsprechende Mitteilung zu machen, da dann die Voraussetzungen zur Einreihung in eine niedere Lohnstufe vorliegen (Arb. Vers. 1914 S. 704 Ziff. 14). In demselben Sinne bewirken selbstverständlich Kriegszulagen den Uebertritt in eine höhere Lohnstufe (ebenda 1914 S. 848 Ziff. 19). Maßgebend für die eintretende Aenderung ist nach einer Entscheidung des Versicherungsamtes Magdeburg vom 15. März 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 394) der jeweilige, auf die Dauer des ganzen Jahres umgerechnete Bezug einer Lohnzahlungsperiode.

Von besonderem Einfluß war der Krieg naturgemäß auf die innere Organisation der Krankenkassen. Einige größere Vereinigungen wie z. B. die Vereinigung der Betriebskrankenkassen für Düsseldorf und Umgegend hatten daher in vorbeugender Weise bereits bei Kriegsausbruch besondere „Leitsätze für die Kriegszeit" erlassen (Betriebskrankenkasse 1914 S. 167, 175, 183, 192). Die bei Kriegsbeginn einsetzende Knappheit in den Zahlungsmitteln wurde durch einen Bescheid des Reichsamts des Innern vom 6. August 1914 über die Geldbeschaffung der Krankenkassen (Ortskrankenkasse 1914 S. 225) wenigstens etwas behoben.

Ganz besonders schwierig gestaltet sich namentlich die Fortführung der Geschäfte durch die Lücken, welche die zahlreichen Einberufungen bei den Mitgliedern der Kassenorgane herbeiführten. Soweit vor Kriegsausbruch durchgeführte Wahlen angefochten und erst während des Krieges für ungültig erklärt worden sind, müssen trotz der erschwerten Verhältnisse Neuwahlen stattfinden (Arb.Vers. 1915 S. 839 Ziff. 7). Dasselbe gilt, soweit das Ausscheiden so vieler Mitglieder herbeigeführt wurde, daß die Organe nicht mehr beschlußfähig sind, nach einem Bescheid des preuß. Ministeriums für Handel und Gewerbe vom 26. November 1915 (ebenda 1916 S. 153) und der bayer. Staatsregierung vom 14. März 1916 (Arb.Vers. 1916 S. 322; Bayer. Staatsztg. vom 19. März 1916 Nr. 60) für die Ergänzungswahlen zu den Kassenorganen, da ein Ernennungsrecht der fehlenden Mitglieder durch das Versicherungsamt, wie es eine Eingabe des Gesamtverbandes deutscher Krankenkassen vom 22. November 1915 (Krankenversicherung 1916 S. 61) angeregt hatte (vgl. Arb.Vers. 1916 S. 25), durch diese Bescheide als unzulässig bezeichnet wird (vgl. auch ebenda 1916 S. 166 Ziff 1). Diese Bescheide haben gleichzeitig auch die im Bescheide des Oberversicherungsamts Düsseldorf vom 21. August 1914 (Ortskrankenkasse 1914 S. 310) vertretene Anschauung als unrichtig bezeichnet, daß Mitglieder der Organe der Kasse durch ihre Einberufung zum Heeresdienst noch nicht unmittelbar, sondern erst dann ausscheiden, wenn endgültig feststeht, daß sie dauernd nicht mehr

Arbeitgeber oder Mitglieder der Kasse bleiben. Es muß daher bei Einberufung von Mitgliedern des Kassenausschusses zum Heeresdienst sofort in eine Prüfung über ihre evtl. notwendige Enthebung eingetreten werden (Arb.Vers. 1916 S. 69 Ziff. 6). Solange Einberufene allerdings am Kassensitze Dienst tun oder als freiwillige Mitglieder einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse wahlberechtigt bleiben, hindert sie ihre Eigenschaft als „Soldat" nicht an ihrer Zugehörigkeit zu einem Kassenorgane (ebenda 1914 S. 774 Ziff. 5; 1916 S. 168 Ziff. 13a). Sind der Vorsitzende und sein Stellvertreter zum Heeresdienst einberufen, ist so selbstverständlich schleunigst für Ersatz Sorge zu tragen (ebenda 1914 S. 749 Ziff. 2d), wobei, wenn einer der beiden durch die Kriegsdienstleistungen seine Wählbarkeit verloren hat, so lange dieser Umstand fortbesteht, auch eine Wiederwahl seiner Person ausgeschlossen bleibt (ebenda 1915 S. 336 Ziff. 17). Muß ein Vorstandsmitglied wegen Einberufung des Kassenführers die Geschäftsführung desselben übernehmen und erhält es hierfür ein Entgelt, so kann es dem Vorstand nicht mehr weiter angehören und ist zu entheben (ebenda 1914 S. 749 Ziff. 2c).

Was den Einfluß des Krieges auf die Rechte und Pflichten der Kassenangestellten betrifft, so gilt hinsichtlich der Fortzahlung des Gehalts bei Einberufung zum Heeresdienst für die mit den Rechten und Pflichten gemeindlicher Beamter ausgestatteten Kassenangestellten § 66 des Reichsmilitärgesetzes (Arb.Vers. 1915 S. 525 Ziff. 1), während für die übrigen Angestellten die Dienstordnung bezw. die Vorschriften des bürgerlichen Rechts Platz greifen (ebenda 1914 S. 703 Ziff. 10; S. 749 Ziff. 2a und b). Zur Entlastung oder Kündigung eines zum Heeresdienst einberufenen Angestellten mit mehr als zehnjähriger Dienstzeit ist die Kasse nach einer Entscheidung des Kgl. Oberversicherungsamts Dresden vom 28. Mai 1915 (Ortskrankenkasse 1915 S. 506) nicht befugt, da die Einberufung einen „wichtigen Grund" im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen nicht bildet (vgl. aber Arb.Vers. 1915 S. 479 Ziff. 5).

Selbstverständlich haben die Kassen auch während des Krieges auf die Deckung der nach § 364 RVO. vorgesehenen Rücklage Bedacht zu nehmen, wobei allerdings während der Geltungsdauer des Gesetzes vom 4. August 1914 über die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen während des Krieges zum Zwecke der Vervollständigung der Rücklage eine Beitragserhöhung (§§ 387 ff. RVO.) über 4½ % des Grundlohnes nicht stattfinden kann (Arb.Vers. 1915 S. 47 Ziff. 7).

Die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Weiterentrichtung der Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung (§ 397 RVO.) wird nach einer Entscheidung des Versicherungsamts Colmar vom 12. April 1915 (Ortskrankenkasse 1915 S. 349) nicht dadurch hinfällig, daß die Abmeldung des zum Heeresdienst einberufenen Arbeiters infolge der Kriegswirren versäumt ist; wohl aber dürfte, wenn die Unterlassung der Abmeldung infolge der Einberufung des Arbeitgebers selbst erfolgte, eine mildere Handhabung der gesetzlichen Bestimmungen am Platze sein (Arb. Vers. 1915. S. 790 Ziff. 3).

Die Beitreibung von Versicherungsbeiträgen unterliegt während der Kriegsdauer der Beschränkung aus § 5 des Gesetzes vom 4. August 1914 betr. den Schutz der infolge des Krieges an der Wahrnehmung ihrer Rechte behinderten Personen (RGBl. S. 328) d. h. es ist zwar die Pfändung, aber nicht die Versteigerung von Gegenständen möglich (Arb.Vers. 1916 S. 144 Ziff. 6).

Ob Kassenleistungen laufender Art (Krankengeld, Wochengeld, Schwangerengeld) hinsichtlich ihrer Verjährung der in den Bekanntmachungen des Bundesrats vom 4. November 1915 (RGBl. S. 732) und vom 22. Dezember 1914 über die Verjährungsfristen (RGBl. S. 543) getroffenen Regelung unterliegen, ist zweifelhaft; sicher gilt dies jedoch nicht vom Sterbegeld (Arb. Vers. 1916 S. 213 Ziff. 3).

Eine besondere Frage taucht noch dadurch auf, daß die Einberufung zum Heeresdienst bei Ersatzkassen die Mitgliedschaft zu lösen pflegt. Wo diese Satzungsbestimmung besteht, führt sie auch zum Verlust etwaiger Ansprüche der aus ihrem Beschäftigungsverhältnis ausgeschiedenen Mitglieder, die etwa auf Grund von durch den Krieg eingetretenen Versicherungsfällen geltend gemacht werden (Arb.Vers. 1914 S. 632 Ziff. 11). Ist ein so ausscheidendes Mitglied gleichzeitig bei einer Zwangskasse versicherungspflichtig gewesen, hatte es aber Antrag auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei dieser Kasse gestellt, so bleibt ihm nach Entscheidungen des Versicherungsamts Hamburg vom 11. November 1915 und des Oberversicherungsamts Hamburg vom 21. Februar 1916 doch das Recht zur freiwilligen Weiterversicherung gemäß § 313 RVO. gewahrt (ebenda 1916 S. 204 und 1914 S. 655 Ziff. 1). Macht allerdings die Satzung der Ersatzkasse den Austritt erst mit Ablauf des auf die Kündigung folgenden Monats wirksam, so sind durch den Krieg vorher eintretende Versicherungsfälle zu entschädigen (ebenda 1914 S. 629 Ziff. 1).

Die Verpflichtung zur Anmeldung der Versicherungspflichtigen und damit die Zulässigkeit der Verhängung von Strafen gemäß § 530 RVO. wegen Unterlassung der Anmeldung spricht das Oberversicherungsamt Dortmund in einer Entsch. vom 18. Juni 1915 (Ortskrankenkasse 1915 S. 804) auch gegenüber dem Geldgeber eines Betriebes aus, der diesen in Abwesenheit des im Felde befindlichen Inhabers fortführt, auch wenn er nicht als Inhaber handelsgerichtlich eingetragen ist.

C. Ges. v. 4. August 1914 betr. die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (RGBl. S. 337, Arb.Vers. S. 569) und § 2 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49, Arb.Vers. S. 104).

I. Literatur.

a) **Arbeiter-Versorgung:** Heimann: „Das neue Musterstatut des Ortskrankenkassenverbandes für die hausgewerbliche Krankenversicherung" 1915 S. 289); Lehmann: „Zur Wiedereinführung der hausgewerblichen Krankenversicherung" 1915 S. 355.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Gerbaulet: „Hausgewerbliche Krankenversicherung in Groß-Berlin" 1915 S. 64.

c) **Die Ortskrankenkasse:** Gäbel: „Die ortsstatutarische Regelung der hausgewerblichen Krankenversicherung" 1915 S. 412; Lehmann: „Die Neugestaltung der hausgewerblichen Krankenversicherung" 1915 S. 81; Strauß: „Zur Wiedereinführung der Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden" 1915 S. 115; Wolff: „Die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden" 1914 S. 365.

d) **Zentralblatt für Reichsversicherung:** Kleeis: „Zum Notgesetz über die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen" 1915 S. 325.

e) **Der Versicherungsbote:** D.: „Wegfall der ärztlichen Vergütung für aufgehobene Mehrleistungen" 1914 S. 253; Sn.: „Die Einführung von Mehrleistungen bei den Krankenkassen" 1915 S. 261.

II. Rechtsprechung und Verwaltung.

Der Umstand, daß die Krankenversicherung erst kurz vor Kriegsausbruch in ihrer durch die Reichsversicherungsordnung getroffenen Neuregelung in Kraft getreten war, machte es notwendig, durch ein besonderes Gesetz Vorsorge zu treffen, daß der Einfluß des Krieges auf den Wirtschafts- und Arbeitsmarkt nicht die befürchtete Rückwirkung auf den Bestand und die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen auslöse. Diese Aufgabe oblag dem Gesetz über die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, das mit der Beseitigung sämtlicher Mehrleistungen der Krankenkassen und der Aufhebung der Vorschriften über die hausgewerbliche Krankenversicherung, sowie durch Festsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes von 4½ % des Grundlohnes außerordentlich einschneidende Bestimmungen für die Dauer des Krieges traf.

Ihre Anwendung führte zu manchem Zweifel. So ergab sich für die Uebergangszeit die Frage, wie in den Versicherungsfällen zu verfahren sei, die vor dem 4. August 1914 entstanden, mit ihren Entschädigungsansprüchen an bisher Mehrleistungen gewäh-

rende Kassen aber noch in die Zeit nach dem 4. August 1914 hineinreichten. Das Versicherungsamt Stadt Breslau hat sich in einer Entscheidung vom 27. Oktober 1914 dahin ausgesprochen, daß, wenn der Anspruch auf Krankenhilfe schon vor dem Tage des Inkrafttretens des Sicherungsgesetzes entstanden sei, die Mehrleistungen auch nach diesem Tage zu gewähren seien und hat demgemäß einem Erkrankten das satzungsgemäße höhere Krankengeld zugebilligt, obwohl die Arbeitsunfähigkeit erst nach dem 4. August 1914 eingetreten war (Arb.Vers. 1914 S. 805; vgl. auch ebenda 1915 S. 96 Ziff. 7). Im Gegensatz hierzu ist das Sterbegeld in Höhe der Regelleistung zu gewähren, auch wenn der Beginn der zum Tode führenden Erkrankung vor dem 4. August 1914 liegt (ebenda 1914 S. 775 Ziff. 8); denn hier bildet nicht der Beginn der Erkrankung, sondern der Tod des Versicherten den Eintritt des Versicherungsfalles. Ob die Familienhilfe „gegen Zusatzbeiträge" — für die gewöhnliche Familienhilfe ist es zweifellos — eine Mehrleistung im Sinne des Sicherungsgesetzes bildet, ist noch nicht ganz geklärt; in dem einzigen bisher bekannt gewordenen, aber nicht der Entscheidung durch das Reichsversicherungsamt zugeführten Fall, bejaht das mit der Sache befaßte Versicherungsamt die Frage, während sie vom Oberversicherungsamt verneint wird (ebenda 1915 S. 800).

Durch die Aufhebung der Mehrleistungen ist aber eine Einführung solcher während des Krieges nicht ausgeschlossen, und zwar können nicht nur bisher bestandene, zunächst aufgehobene Mehrleistungen wieder eingeführt, sondern es können auch bei der Kasse bisher nicht bestandene Mehrleistungen neu eingeführt werden (Arb.Vers. 1916 S. 47 Ziff. 3), ja es kann sogar diese Wieder- oder Neueinführung mit einer Herabsetzung der Beiträge verbunden werden (ebenda 1916 S. 168 Ziff. 10b). Voraussetzung ist nur, daß die Genehmigung des Versicherungsamts gemäß § 1 Abs. 2 des Notgesetzes erteilt wird.

Die Festsetzung der Beiträge auf 4½ % des Grundlohnes für die Dauer des Krieges gilt auch für die bei Unständigen gemäß § 450 RVO. zu treffende Festsetzung der Beiträge nach dem Ortslohn (Arb.Vers. 1914 S. 773 Ziff. 1). Durch die genannte Festsetzung werden aber anderseits Bestimmungen des Gesetzes wie § 215 Abs. 3 RVO., wonach für freiwillig Beigetretene, deren Ansprüche beschränkt sind, auch entsprechend ermäßigte Beiträge zu erheben sind, nicht berührt (ebenda 1914 S. 702 Ziff. 2).

Das Eintreten der nach § 2 Abs. 1 des Notgesetzes im Falle des Nichtausreichens der Beiträge zur Zuschußleistung Verpflichteten kommt nach einem Bescheide des Reichsversicherungsamts an das Versicherungsamt Ahlen erst dann in Frage, wenn die gesamten Mittel der Kasse mit Einschluß des Reservefonds zur Deckung der laufenden Ausgaben nicht mehr ausreichen (Arb.Vers. 1914 S. 842, S. 679 Ziff. 1b). Die Zulässigkeit der Uebertragung des Amtes des Kassenvorsitzenden an einem Vertreter der an eine Orts- oder Landkrankenkasse Zuschüsse leistenden Gemeinde darf aber nach einem Rundschreiben des Reichsamts des Innern an die obersten Landesbehörden vom 6. August 1914 (Arch. f. Reichsvers. 1914 S. 209) nicht dazu führen, daß nun die Behörden diese Handhabe benutzen, um einer Kasse einen Gemeindebeamten als Vorsitzenden aufzuzwingen.

Die Regelung, welche das Notgesetz hinsichtlich der Hausgewerbetreibenden getroffen hatte, beschäftigte sehr bald Theorie und Praxis. Die in § 3 Abs. 2 des Gesetzes gegebene Möglichkeit der Beibehaltung der hausgewerblichen Krankenversicherung, zu der übrigens der Antrag nicht nur einseitig von der Kasse, sondern auch von der Gemeinde unter gleichzeitiger Vornahme einer ortsstatutarischen Regelung gestellt sein muß (Arb. Vers. 1914 S. 629 Ziff. 2), gab im Zusammenhang mit dem Wunsche der Reichsregierung, diese Regelung möglichst zahlreich durchgeführt zu sehen (vgl. Erl. des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 6. August 1914 in Arch. f. Reichsvers. 1914 S. 202) Anlaß, daß dort, wo die Versicherung

eingelebt war, größtenteils ihre Wiedereinführung beschlossen wurde. Aber auch sonst trat man dem Erlaß statutarischer Bestimmungen im Sinne des Notgesetzes näher. Entwürfe für solche Ortsstatute finden sich in der Arb.Vers. 1914 S. 842 ff. an der Hand der für Berlin und Stuttgart ergangenen Vorschriften wiedergegeben. Wo es sich nur um einen Uebergang von dem bisher in der Satzung getroffenen Rechte zu dem Zustand der nach dem Gesetz vom 4. August 1914 eingeführten Versicherung des Hausgewerbes handelt, kann die Geltung der neuen statutarischen Bestimmungen sofort auf den 4. August 1914 zurückverlegt werden (ebenda 1915 S. 240 Ziff. 14). Wo die Versicherung des Hausgewerbes im Wege des § 3 Abs. 2 des Notgesetzes während des Krieges unterbleibt, kann trotzdem bereits im Kriege eine Aenderung der auf das Hausgewerbe bezüglichen Bestimmungen der Satzung stattfinden (ebenda 1915 S. 71 Ziff. 1), die zwar erst mit Außerkrafttreten des Notgesetzes ihrerseits Wirksamkeit erlangen, es sei denn, es fände vorher eine Antragstellung und Genehmigung im Sinne des § 3 Abs. 2 statt.

Da die gesetzlichen Bestimmungen über die Versicherung der Hausgewerbtreibenden mit Wirkung ab 4. August 1914 vollständig aufgehoben sind, da also die Versicherung für den Einzelnen nicht durch seinen freien Willen, sondern durch das Gesetz selbst erlosch, so können die mit dem 4. August 1914 nicht mehr dem Versicherungszwang unterliegenden Hausgewerbtreibenden nach einer Entscheidung des Versicherungsamts Stadt Berlin vom 3. Oktober 1914 (Arb.Vers. 1914 S. 739), die vom Oberversicherungsamt Groß-Berlin unterm 10. Dezember 1914 (ebenda 1915 S. 82) gebilligt wurde, die Versicherung nicht freiwillig fortsetzen; die Bestimmungen des § 313 RVO. über die freiwillige Weiterversicherung sind eben, soweit sich die §§ 468 und 447 RVO. auf sie beziehen, mit dem 4. August 1914 außer Wirksamkeit getreten (ebenda 1914 S. 605 Ziff. 3; S. 655 Ziff. 2 und 4b). Die Vorschriften über den freiwilligen Beitritt zur Versicherung im Rahmen des § 176 Ziff. 3 RVO. (Versicherungsberechtigung!) bleiben allerdings auch für die Hausgewerbtreibenden weiter bestehen, (ebenda 1915 S. 264 Ziff. 14).

Die Aufhebung der hausgewerblichen Krankenversicherung ab 4. August 1914 hat zwar nicht die Wirkung, daß bis zu diesem Tage fällige Zuschüsse der Arbeitgeber nicht mehr bezahlt, ja evtl. sogar zurückgefordert werden könnten. Wohl aber ist es der Kasse nach dem strafprozessualen Grundsatz, daß von dem Augenblicke des Inkrafttretens eines milderen Gesetzes an, dessen Bestimmungen anzuwenden sind, unmöglich, nach dem 4. August 1914 auch für vorher erfolgte Zuwiderhandlungen Strafen wegen Uebertretung von Vorschriften über die hausgewerbliche Krankenversicherung zu verhängen (Arb.Vers. 1914 S. 725 Ziff. 5).

Beschäftigen Hausgewerbetreibende versicherungspflichtige Arbeiter, so unterstehen die letzteren, so lange nicht eine ortsstatutarische Regelung getroffen ist, nach einem Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbeverwaltung vom 31. Juli 1915 (Arb. Vers. 1915 S. 754) denselben Vorschriften der Krankenversicherung, wie die von anderen Arbeitgebern beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeiter, d. h. sie sind nach einer Grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 4. Dezember 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 373) gemäß § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. bei der zuständigen Ortskrankenkasse zu versichern.

Durch die in § 2 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 getroffene Erweiterung des Begriffs Hausgewerbtreibende haben nunmehr auch Schneider, die für ein Kriegsbekleidungsamt Waffenröcke anfertigen, als Hausgewerbtreibende zu gelten; sie sind daher gegebenenfalls versicherungspflichtig (Arb.Vers. 1915 S. 358 Ziff. 3; 1916 S. 384 Ziff. 6).

D. **Gesetz vom 4. August 1914 betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung** (RGBl. S. 334, Arb. Vers. S. 567) **und § 1 der Bekanntmachung vom**

28. Januar 1915 (RGBl. S. 49, Arb. Vers. S. 104).

I. Literatur.

a) **Arbeiter-Versorgung:** Hahn: „Zur Anwendung des § 214 auf Militärpersonen, insbesondere auf Kriegsteilnehmer" 1915 S. 145; Kleeis: „Der Wiedereintritt der Kriegsteilnehmer in die Krankenversicherung" 1914 S. 777; Spielhagen: „Erfaßt das Gesetz vom 4. August 1914 betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung auch den § 214 RVO. 1915 S. 97.

b) **Juristische Wochenschrift:** Cantor: „Zum Kriegsgesetz betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung" 1914 S. 973.

II. Rechtsprechung und Verwaltung.

Aehnlich wie durch das Gesetz vom 4. Aug. 1914 betr. die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen der Bestand und die Geschäftsführung der Krankenkassen tunlichst gewährleistet werden sollte, war es nötig, Vorsorge zu treffen, daß den Kassenangehörigen, die durch ihre Einberufung zum Heeresdienst mitten aus dem Erwerbsleben herausgerissen worden waren, bei ihrer Rückkehr aus dem Feld ihre Rechte und Anwartschaften aus der Versicherung möglichst erhalten blieben. Diesem Zwecke dient das Gesetz vom 4. August 1914 über Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, das seiner ganzen Natur nach bisher noch nicht besonders in Wirksamkeit treten konnte.

In einem Punkte ist jedoch bereits eine Grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2105 vom 11. September 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 736; Arb.Vers. 1915 S. 821) ergangen, die geeignet ist, schon jetzt eine häufige Anwendung des Gesetzes zu ermöglichen. Sie betrifft die Möglichkeit des Wiedereintritts in die Versicherung bei der Rückkehr in die Heimat und bestimmt, daß eine solche Rückkehr nicht erst dann vorliege, wenn der Kriegsteilnehmer endgültig aus dem Heeresdienst ausscheide, sondern bereits dann gegeben sei, wenn durch die Rückkehr in die Heimat die Aufnahme des bürgerlichen Lebens möglich sei. Diese Auslegung des Gesetzes gab, obwohl der dem Reichsversicherungsamte vorliegende Fall einen dreimonatigen Urlaub umfaßte, Veranlassung, daß das Städt. Versicherungsamt München in zwei nicht veröffentlichten Entscheidungen vom 4. und 7. März 1915 Kriegsteilnehmer, die während eines 10tägigen Heimaturlaubs ihrer früheren Beschäftigung nachgegangen waren, als versicherungsberechtigt erachtete, da es hierin eine Aufnahme des bürgerlichen Lebens sah (vgl. auch Arb. Vers. 1916 S. 312 Ziff. 16a).

Streitigkeiten nach dem Notgesetz vom 4. August 1914 können nach einem weiteren Grundsatz der vorerwähnten Entscheidung des Reichsversicherungsamts im Wege des § 1693 RVO. zur Entscheidung durch das Reichsversicherungsamt gebracht werden.

Fortsetzung folgt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

Berichtigung: Im Heft 17 dieser Zeitschrift S. 392 ist in der Entscheidung Nr. 1287 ein Druckfehler unterlaufen, insofern dort die Versicherungspflicht verneint ist, während das Reichsversicherungsamt sie bejaht hat. Es muß also heißen:

Die im Kriege von der Militärverwaltung auf Grund Privatdienstvertrags gegen Entgelt nicht nur vorübergehend beschäftigten Befestigungsarbeiter (sog. Armierungsarbeiter) unterliegen der Invalidenversicherungspflicht (2187 S. 438).

B. Zur Krankenversicherung.

Aufbewahrung der Kassenbücher der Krankenkassen.

Bekanntmachung des **Reichskanzlers** vom 26. Mai 1916 (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich, S. 119).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 366 RVO. folgendes bestimmt:

§ 29 der Bekanntmachung vom 9. Oktober 1913 über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich S. 1009) erhält folgende Fassung:

Die Krankenbücher sind mindestens zehn Jahre, die übrigen Kassenbücher mit den zugehörigen Belegen mindestens fünf Jahre aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Schlusse desjenigen Geschäftsjahrs, auf welches sich die letzte Eintragung in dem Kassenbuche bezieht.

Anspruch auf Kriegswochenhilfe wird nicht durch Erwerbstätigkeit des Ehemannes bei nur kurzem Urlaub ausgeschlossen.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** v. 10. Februar 1916 (1565 K.)

Die Frage, ob Frau Maria H. Anspruch auf den einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung und das Wochengeld und Stillgeld vom 30. Dezember 1915 bis 2. Januar 1916 erheben kann, hängt davon ab, ob ihr Ehemann im Sinne des § 1 Ziffer 1 der Bundesratsbekanntmachung vom 3. Dezember 1914 während dieser Zeit dem Reiche Kriegsdienste leistete oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert war. Da eine der zuletzt genannten Voraussetzungen zweifellos nicht zutrifft, beschränkt sich die Beantwortung der Frage darauf, ob der Urlaub des Ehemannes H. und die von ihm in dieser Zeit ausgeübte Beschäftigung die Kriegsdienstleistung unterbricht. Nach dem Bescheid des Reichskanzlers vom 27. Dezember 1915 (ArbVers. 1916 Heft 3 S. 56) ruht die Kriegswochenhilfe in der Zeit, in der der Kriegsteilnehmer erwerbstätig ist. Da der Ehemann H. ausweislich des Auszugs aus der Arbeiterliste aus der Allgemeinen Ortskrankenkasse M. vom 20. Dezember bis 31. Dezember bei der Firma M. beschäftigt war, verweigert die Allgemeine Ortskrankenkasse zunächst mit Unrecht die Gewährung von Wochengeld und Stillgeld für den 1. und 2. Januar 1916; denn in diesen Tagen war der Ehemann H. nicht mehr erwerbstätig. Das Versicherungsamt trägt aber auch keine Bedenken für den 30. und 31. Dezember 1915 der Ehefrau H. die Leistungen der Reichswochenhilfe zuzusprechen. Zunächst kann nach seiner Anschauung ein kurzer Urlaub nicht als eine Unterbrechung der Kriegsdienstleistung in dem Sinne angesehen werden, daß den Kriegsteilnehmern die Rückkehr in das bürgerliche Leben und damit die Wiederaufnahme ihres bürgerlichen Berufes ermöglicht würde; denn das nach kurzer Zeit wieder in Aussicht stehende Zurückkehren zur Truppe wird in den wenigsten Fällen die Arbeitgeber geneigt machen, für wenige Tage den Kriegsteilnehmer einzustellen. Es wird also zumeist bei einer während eines kurzen Urlaubs geleisteten Arbeitstätigkeit eine gegenseitige Gefälligkeitsmaßnahme in Frage kommen, wie ja auch im vorliegenden Falle H. bei seinem langjährigen Arbeitgeber tätig war. Auch hieße es, wollte man die während eines kurzen Urlaubs ausgeübte Arbeitstätigkeit im Sinne der Verweigerung der Reichswochenhilfe auslegen, denjenigen Arbeiter, welcher von Fleiß und Streben für sein künftiges Vorwärtskommen und in Rücksicht auf die Hebung der wirtschaftlichen Lage seiner Familie geleitet, auch in den kurzen der Erholung zu widmenden Tagen des Urlaubs der Arbeit nachgeht, gegenüber demjenigen Arbeiter schädigen, welcher die Tage seines Urlaubs lediglich zu seinem persönlichen Genusse verbringt. In demselben Sinn, in welchem das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung vom 4. September 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S 736) die Anwendung der Bestimmung des § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (RGBl. S. 334) und des § 1 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 über Krankenversicherung und Reichswochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 49), wonach Kriegsteilnehmer binnen 6 Wochen nach Rückkehr in die Heimat wieder in die Krankenversicherung eintreten können, erst bei einem länger dauernden Urlaub zuläßt, erachtet das Städtische Versicherungsamt den Bescheid des Reichskanzlers vom 27. Dezember 1915 erst dann als anwendbar, wenn es sich um einen längeren Urlaub und damit um längere Erwerbstätigkeit des Kriegsteilnehmers handelt. Es wird der Prüfung von Fall zu Fall überlassen bleiben müssen, wie lange im Rahmen der für die Gewährung der Reichswochenhilfe geltenden Fristen eine Arbeitstätigkeit als eine längere im Sinne dieser Ausführungen anzusehen sein wird; auf jeden Fall kann sie in der hier in Frage kommenden 10-tägigen Beschäftigungsdauer und dem nur 14tägigen Urlaub nicht erblickt werden.

Kein Anspruch auf Krankengeld für freiwillige Mitglieder, die schon vor der Erkrankung arbeitsunfähig waren.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 18. Okt 1915 (2190 Amtl. Nachr. 1916 S. 476).

Der Anspruch auf Krankengeld ist nach § 182 Nr. 2 RVO. gegeben, „wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht". Diese Vorschrift entspricht inhaltlich der Vorschrift des § 6 des früher geltenden Krankenversicherungsgesetzes, nach der „im Falle der Erwerbsunfähigkeit" Krankengeld zu gewähren war. Aus beiden Vorschriften ist zu entnehmen, daß die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes und die mit ihr gleichbedeutende Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Reichsversicherungsordnung Folge der Krankheit sein muß. Es wird also, und zwar nach der Fassung der Reichsversicherungsordnung noch klarer als zuvor, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Krankheit und der Arbeitsunfähigkeit verlangt. Daß ein solcher Zusammenhang erforderlich ist und dann fehlt, wenn bereits vorher völlige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, wird auch in der in einem gleichliegenden Falle unter dem früheren Rechte ergangenen Entsch. des Kgl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts v. 9. Januar 1902 (Entsch. 41 S. 352) anerkannt. Es könne aber, wie das Oberverwaltungsgericht dort weiter ausführt, diesem Grunde keine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen werden, nachdem der Gesetzgeber einmal die freiwillige Weiterversicherung unterschiedslos zugelassen habe; vielmehr müsse angenommen werden, daß, wenn der Gesetzgeber einerseits den bereits Arbeitsunfähigen die Weiterversicherung gestattete, ihnen aber anderseits das Krankengeld für weitere Erkrankungsfälle hätte versagen wollen, dieses im Gesetz einen Ausdruck gefunden hätte. Das müsse um so mehr gelten, als das begriffliche Vorhandensein der Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsgesetze nicht notwendig die Möglichkeit tatsächlicher Arbeitsleistung und eines auf ihr beruhenden Verdienstes ausschließe und es zu einem mit dem Rechtsgefühle nicht im Einklang stehenden Zustand führen würde, wenn die Gewährung von Krankengeld an dauernd arbeitsunfähige Kassenmitglieder davon abhängen sollte, ob im einzelnen Falle tatsächlich noch eine gewisse Fähigkeit zum Erwerbe bestanden habe und durch die in Frage stehende Erkrankung aufgehoben worden sei oder nicht. Beim völligen Schweigen des Gesetzes über diese Schwierigkeiten und Zweifel geber die Gewährung von Krankengeld auch an die bereits arbeitsunfähigen, freiwilligen Mitglieder beabsichtigt habe, sofern die fragliche Krankheit an sich so beschaffen sei, daß sie Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt haben würde, falls solche noch nicht bestanden hätte. Der Großherzogl. Bad. Verwaltungsgerichtshof hat in seiner Entscheidung v. 6. Juli 1909 den gleichen Standpunkt eingenommen (Arb.Vers. 1910 S. 372).

Der erkennende Senat konnte sich dem nicht anschließen. Das Königl. Preuß. Oberverwaltungsgericht will von der von ihm selbst anerkannten gesetzlichen Regelung, wonach das Krankengeld nur im Falle des ursächlichen Zusammenhanges zwischen der Krankheit und der Arbeitsunfähigkeit zu gewähren ist, zu Gunsten der bereits arbeitsunfähigen Kassenmitglieder eine Ausnahme machen, die sich aber mit dem Wortlaut und dem Zwecke der gesetzlichen Vorschrift kaum in Einklang bringen läßt. Wenn das Gesetz die Gewährung des Krankengeldes davon abhängig macht, daß die Krankheit den Versicherten „arbeitsunfähig macht", so setzt dieses voraus, daß bis zu der Erkrankung Arbeitsfähigkeit, sei es auch nur in geringem Grade, bestanden haben muß. Diese Voraussetzung ist bei einem bereits völlig Arbeitsunfähigen nicht gegeben; er kann durch eine hinzutretende Erkrankung nicht noch einmal arbeitsunfähig gegemacht werden. Es fehlt somit in seiner Person die Erfüllung der Bedingung, an die das Gesetz den Anspruch auf Krankengeld knüpft. Daraus, daß den völlig Arbeitsunfähigen die freiwillige Weiterversicherung (§ 313 RVO., § 27 KVG.) nicht versagt ist, läßt sich nicht ohne weiteres entnehmen, daß sie auf sämtliche Kassenleistungen Anspruch haben sollen. Auch sie müssen die hierfür aufgestellten Bedingungen erfüllen. Da das Krankengeld aber nur gewährt wird, wenn die Krankheit die Arbeitsunfähigkeit herbeigeführt hat, und diese Voraussetzung bei einem bereits völlig arbeitsunfähigen Versicherten nicht zutrifft, so steht ihm kein Anspruch auf Krankengeld zu. Dieser sich aus dem klaren Wortlaut des § 182 a. a. O. ergebenden Folgerung noch an anderer Stelle besonderen Ausdruck zu geben, lag für den Gesetzgeber kein Anlaß vor. Sie entspricht auch dem Zwecke, dem die Zubilligung des Krankengeldes dient, es mag zwar zutreffen, daß der Anspruch auf Krankengeld an sich unabhängig davon ist, ob und inwieweit nach gesetzlicher Vorschrift oder besonderer Vereinbarung dem Kassenmitgliede bei Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit sein Gehalt oder Lohn weiter gezahlt wird, auch daß einem Erwerbslosen bei Erkrankung unter Umständen Krankengeld zusteht; diese Ausnahmefälle ändern aber wie bereits das Königl. Sächs. Oberverwaltungsgericht in seiner Entsch. v. 24. Mai 1911 (Arb.Vers. 1912 S. 393) mit Recht ausgeführt hat, nichts an dem eigentlichen Zwecke des Krankengeldes, ein Ersatz für den entgehenden Arbeitsverdienst zu sein. Es soll dem Versicherten einen teilweisen Ausgleich dafür gewähren, daß ihm durch den Wegfall seiner Arbeitsfähigkeit die

Möglichkeit zu lohnbringender Beschäftigung genommen ist. Bei einem Versicherten, der bereits völlig arbeitsunfähig ist, liegt ein Grund zu einem solchen Ausgleich nicht vor. Es mag richtig sein, daß die Beantwortung der Frage, ob ein Versicherter bereits vor seiner erneuten Erkrankung völlig arbeitsunfähig gewesen ist, unter Umständen mit Schwierigkeiten verknüpft sein kann. Diese Erwägung darf aber nicht dazu führen, das Krankengeld unterschiedslos zu gewähren. Das Gesetz knüpft gerade die Zubilligung des Krankengeldes an besondere Bedingungen. Ob diese erfüllt sind, ist eine tatsächliche Frage und in jedem Falle zu prüfen.

Die Gewährung des Krankengeldes an ohnehin schon Arbeitsunfähige läßt sich auch nicht aus Gründen der Billigkeit rechtfertigen. Da es sich hier um freiwillig Versicherte handelt, die jederzeit das Versicherungsverhältnis lösen, auch in eine niedere Klasse oder Lohnstufe (§ 313 RVO.) eintreten können, erscheint es vielmehr hinreichend wenn ihnen für neue Unterstützungsfälle der wichtige Anspruch auf Krankenpflege gewahrt bleibt. Es wäre eine Unbilligkeit den Kassen gegenüber, wenn sie solchen Personen, die überdies infolge ihres Zustandes leichten Erkrankungen ausgesetzt sind, neben den sonstigen Leistungen noch Krankengeld zu gewähren hätten.

Freiwillige Kassenmitglieder, die bereits vor Eintritt der Krankheit völlig arbeitsunfähig waren, haben also keinen Anspruch auf Krankengeld (ebenso Hahn, Handb. der Krankenvers. § 182 Anm. 6e; Stier-Somlo, Kommentar § 182 Anm. 15c, und die erwähnte Entsch. des Königl. Sächs. Oberverwaltungsgerichts). Hierbei ist zu beachten, daß nur das Vorliegen völliger Arbeitsunfähigkeit den Anspruch auf Krankengeld ausschließt. Das gleiche gilt nicht schon ohne weiteres für den Fall, daß der Versicherte im Sinne des § 1255 RVO. invalide ist und Invalidenrente bezieht (zu vgl. die Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 12. Okt. 1915 — IIa K 158/15 —, inzwischen abgedruckt unter Ziff. 2141, Amtl. Nachr. 1916 S. 343). Völlige Arbeitsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn dem Versicherten noch ein Rest von Arbeitsfähigkeit verblieben ist, den er wirtschaftlich verwerten und mit dem er einen bei seinen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht völlig belanglosen Verdienst erzielen kann. Auch ein Versicherter, der wegen Arbeitsunfähigkeit aus seinem Beruf ausgeschieden ist, kann als arbeitsfähig angesehen werden, wenn er nach Berufswechsel wieder eine Erwerbstätigkeit ausübt (zu vgl. die erwähnte Entsch. v. 12. Oktober 1915).

Aus dem Dargelegten ergibt sich für den vorliegenden Fall die Frage, ob der Kläger bereits bei Eintritt seiner Erkrankung völlig arbeitsunfähig war. Die Vorentscheidung hat bei der Prüfung dieser Frage die Angaben des Klägers nicht ausreichend berücksichtigt. Er hat angegeben, daß er trotz seines Alters noch sehr rüstig und imstande sei, sich einen Nebenverdienst in einer oder anderer Weise zu verschaffen. Er will auch durch Versicherungsabschlüsse einen Verdienst gehabt haben. Für die Annahme der Vorentscheidung, daß dieser Verdienst nur klein gewesen sei, fehlt es an einer ausreichenden tatsächlichen Unterlage. Der Umstand, daß der jetzt 74 Jahre alte Kläger bereits im Jahre 1910 wegen Dienstunfähigkeit aus seiner Beschäftigung ausgeschieden ist und eine Rente bezieht, daß er nur einen Arm besitzt und an Altersgebrechlichkeit leidet, spricht zwar für eine dauernde erhebliche Beschränkung seiner Arbeitsfähigkeit, läßt aber nicht ohne weiteres den Schluß zu, daß er bereits vor seiner Erkrankung völlig arbeitsunfähig war. Das läßt sich auch nicht aus der zu den Akten eingereichten Erklärung des Dr. N. v. 20. Dezember 1914 entnehmen. Die Annahme der Vorentscheidung, daß der Kläger völlig arbeitsunfähig gewesen sei, entbehrt somit einer ausreichenden Begründung. Es hätte insbesondere festgestellt werden müssen, ob der Kläger zu einer lohnbringenden Beschäftigung imstande gewesen ist und einen bei seinen Verhältnissen nicht völlig belanglosen Verdienst gehabt hat. Darin, daß in dieser Beziehung die Angaben des Klägers nicht genügend berücksichtigt sind, war ein Verstoß gegen den klaren Akteninhalt zu erblicken, der nach § 1697 Nr. 1 RVO. zur Aufhebung der Vorentscheidung führen mußte. Es wird von neuem die Arbeitsfähigkeit des Klägers zu prüfen sein. Hierbei wird auch auf die vom Kläger in seiner Revisionsschrift aufgestellte Behauptung, daß er nicht nur als Versicherungsagent tätig gewesen sei, sondern auch in dem Geschäfte seines Schwiegersohns stets geholfen habe, einzugehen sein.

C. Zur Unfallversicherung.

Unter welchen Umständen ist ein durch Fliegerangriff außerhalb der Betriebsstätte verursachter Unfall ein Betriebsunfall?

Rek.Entsch. des **Reichsversicherungsamtes** vom vom 1. April 1916 (Ia 218/16, 5).

Der Arbeiter S. wurde gelegentlich eines durch ein französisches Luftgeschwader ausgeführten Angriffs auf eine mit der Herstellung von Munition für den Heeresbedarf befaßten Fabrik von einer feindlichen Fliegerbombe getötet. Der Unfall ereignete sich, als S. auf dem Wege von seiner Wohnung zur Fabrik von dieser noch ungefähr 150 m entfernt war. Die Berufsgenossenschaft hat den Anspruch der Hinterbliebenen auf Gewährung der Hinterbliebenenrente mit der Begründung abgewiesen, daß Unfälle, die sich auf dem Wege zu oder von der Arbeitsstelle ereignen, nicht der Versicherung unterlägen, daß S. außerhalb des Betriebes nicht einer Betriebsgefahr, sondern einer Gefahr, die zur Kriegszeit jede andere Person auch außerhalb eines Betriebes bedrohe, unterlegen sei. — Entgegen dem mit dieser Beweisführung im wesentlichen übereinstimmenden Urteil der Berufungsinstanz, wurden die Ansprüche der Hinterbliebenen vom Reichsversicherungsamt anerkannt aus folgenden Gründen:

Das Reichsversicherungsamt hat allerdings in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten, daß Unfälle, welche die Versicherten auf dem Wege zur Arbeitsstelle oder auf dem Heimwege außerhalb des Betriebsgebietes treffen, dem Betriebe nicht zugerechnet werden können, da die Arbeiter auf solchen Wegen in der Regel nicht im Betriebe beschäftigt, sondern mit einer eigenwirtschaftlichen Tätigkeit befaßt sind. Den Schutz der Unfallversicherung genießen aber die Arbeiter auf solchen Wegen insoweit, als dabei auf sie die durch den Betrieb geschaffenen Gefahren schon oder noch einwirken. So hat das Reichsversicherungsamt wiederholt entschieden, daß auch dann, wenn die Wege der Arbeiter außerhalb des Betriebsgeländes zurückgelegt werden, ein Betriebsunfall unter der Voraussetzung angenommen werden kann, daß der örtliche Gefahrenbereich des Betriebes sich über die räumlichen Grenzen der Betriebsstätte hinaus erstreckt (zu vgl. Handb. der Unf.Vers. Bd. I S. 89, Anm. 37 Abs. 3 zu § 1 GUVG.). Der Senat hat die Ueberzeugung gewonnen, daß im vorliegenden Falle diese Bedingung erfüllt ist. Die Fabrik, in der S. beschäftigt war, stellt Sprengstoffe und Munition für den Heeresbedarf her. Derartige Betriebe haben, insbesondere dann, wenn sie wie hier von der feindlichen Grenze nicht weit entfernt sind, naturgemäß während der Dauer eines Krieges ständig Angriffe durch feindliche Luftstreitkräfte zu gewärtigen. Dadurch nimmt die allgemeine Betriebsgefahr solcher Unternehmen während des ganzen Krieges einen größeren Umfang an. Zu den eigentlichen technischen Gefahren des Betriebes tritt für die in ihm beschäftigten Arbeiter die weitere Gefahr, infolge feindlicher Angriffe verletzt oder getötet zu werden. Da aber bei einem Fliegerangriff erfahrungsgemäß die Geschosse nicht sämtlich ihr Ziel erreichen, sondern zum großen Teil abirren, wird um die Betriebsanlagen, gegen die sich der Angriff richtet, ein Gefahrenkreis geschaffen, der von dem Betriebe als Mittelpunkt ausgehend, die in entsprechender Entfernung liegenden benachbarten Grundstücke und Straßen umfaßt. Außerdem kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die feindlichen Angriffe, die nicht nur die Zerstörung der Betriebseinrichtungen und Betriebsstoffe, sondern auch die Vernichtung der menschlichen Arbeitskräfte solcher Betriebe bezwecken, nicht in letzter Linie die Tötung der zu bestimmten, allgemein bekannten Tageszeiten dem gefährdeten Betrieb zueilenden und namentlich in seiner Nähe gruppenweise gehenden Arbeiter zum Ziele haben. Durch alle diese Umstände wird der Gefahrenbereich des Betriebes über die räumlichen Grenzen der eigentlichen Betriebsstätte hinaus erweitert. In diesen Gefahrenbereich mußte sich der Verstorbene notwendigerweise begeben, um seine Arbeit auf der eigentlichen Betriebsstätte rechtzeitig beginnen zu können. An der Stelle, wo er den Tod erlitt, war er den Gefahren ausgesetzt, die dem Betriebe einer Munitionsfabrik gerade während des Krieges eigentümlich sind. Er befand sich an dieser Stelle, die nur $1\frac{1}{2}$ bis 2 Minuten von der eigentlichen Betriebsstätte entfernt war, bereits im Gefahrenbereiche des ihn beschäftigenden Betriebes. Denn es kann unbedenklich angenommen werden, daß die in einer Entfernung von nur 150 Meter von der Betriebsstätte niedergegangenen Bomben dem Betriebe selbst gegolten haben. In diesem Umkreis besteht eine lediglich durch die Eigenart solcher Betriebe bedingte erhöhte Gefahr gegenüber der durch die Fliegerangriffe auf eine Stadt überhaupt geschaffenen allgemeinen, jedermann bedrohenden Kriegsgefahr. Im vorliegenden Falle haben besondere, in der Eigenart des Betriebs begründete Umstände wesentlich zur Herbeiführung der Gefahr eines Fliegerangriffs mitgewirkt. Der Tod des S. ist ein Ausfluß der durch die eigentümlichen Betriebsverhältnisse hervorgerufenen Gefahr, er ist auf den Betrieb ursächlich zurückzuführen.

Sprechsaal.

Mitwirkung der Krankenkassen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erscheint im Interesse der Volkserhaltung und als ein Mittel zur Verhinderung des Geburtenrückganges dringend geboten. Wenn die Krankenkassen durch die Versicherungsämter zur Zeit veranlaßt worden sind, im Einvernehmen mit den Landesversicherungsanstalten zum Zwecke der Krankheitsverhütung gemäß der Vorschrift im § 363 RVO. Mittel zur Verfügung zu stellen, um ärztliche Beratungs- und Ueberwachungsstellen zu gründen, Merkblätter zu verteilen, Vorträge halten zu lassen usw., so entsteht die Frage: kann die Aufsichtsbehörde die Krankenkasse im Falle der Ablehnung hierzu anhalten? Es ist zwar zunächst kaum anzunehmen, daß eine Kasse sich dieser hohen und überaus wichtigen sozialen Pflicht ohne Grund entziehen wird. Indessen ist es doch denkbar, daß kleinere Kassen sich vorerst ablehnend verhalten, weil sie glauben, daß die Beiträge gerade noch zur Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen ausreichen, und daß für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung keine Mittel mehr zur Verfügung stehen. Die Kassen sind gesetzlich nicht gezwungen, hierfür Ausgaben zu machen. § 363 RVO. gibt ihnen nur die Berechtigung hierzu. Die Kommentare (zu vgl. Hahn § 363 Anm. 1 d, Abs. 2 am Ende) halten es hierbei mit Recht für selbstverständlich, daß die Kasse, wie auch schon die Begründung hervorhebt, zunächst die Zulänglichkeit der Beiträge nach Deckung aller gesetzlichen Pflichtleistungen zu prüfen hat. Wenn die auf Anregung der Reichsregierung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten jetzt geplanten Maßnahmen Erfolg haben sollen, so ist es unbedingt nötig, daß sämtliche Krankenkassen mittun. Das Aufsichtsrecht der Versicherungsämter erstreckt sich nach § 377 in Verbindung mit den §§ 30 bis 34 RVO. darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden. Zweckmäßigkeitserwägungen kommen nicht in Betracht. Die Verfügungen der Aufsichtsbehörde müssen in gesetzlichen oder in satzungsmäßigen Bestimmungen ihre Grundlage finden. Man wird aber nicht nur Handlungen oder Unterlassungen der Kasse verbieten können, die ausdrücklichen gesetzlichen oder satzungsgemäßen Bestimmungen zuwider laufen, sondern auch solche, die mit dem Zwecke und Ziele der Versicherung und den danach ihren Organen obliegenden Aufgaben unvereinbar sind (zu vgl. Hanow, Komm. zur RVO., § 30 Anm. 5 Abs. 2). Kann man sagen, eine Krankenkasse, die es ablehnt, Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bereit zu stellen, verstößt gegen den Geist des Gesetzes und hat die ihr obliegende soziale Aufgabe nicht erfaßt, nach welcher sie jetzt unbedingt diese Mittel im Interesse des Reiches zur Verfügung stellen muß, wenn gleich ihr § 363 nur die Berechtigung hierzu gibt, ohne eine Pflicht daraus zu machen? Und kann die Aufsichtsbehörde nach § 30 einschreiten und den Ablehnungsbeschluß als dem „Ziele der Versicherung widersprechend" aufheben? Ich möchte doch Bedenken haben, diese Frage zu bejahen. Es wäre vielmehr, um die Durchführung so wichtiger Maßnahmen zu sichern, nach meiner Ansicht nötig gewesen, daß die Reichsregierung die Kostentragung durch besonderes Gesetz geregelt hätte, wobei ein Teil der Kosten, etwa ein Drittel, im Hinblick darauf, daß der Staat in seiner Gesamtheit neben den Versicherungsträgern das größte Interesse an der Volkserhaltung hat, auf das Reich zu übernehmen wäre. Gleichzeitig müßten die Bundesstaaten ihre Landesseuchengesetze dahin erweitern, daß die Anzeigepflicht auf die Geschlechtskrankheiten ausgedehnt würde. Es tun energische Maßnahmen not, soll ein voller Erfolg erreicht werden.

Dr Langbein, Geheimer u. Ober-Regierungsrat, Direktor des Fürstl. Schwarzb. Oberversicherungsamts in Arnstadt.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Unentgeltliche Krankenscheine für versicherte Heeresangehörige.

Die Medizinal-Abteilung des preußischen Kriegsministeriums hat dem Provinzialverbande schlesischer Ortskrankenkassen auf eine Anfrage durch Bescheid vom 14. Juni 1916 erwidert, „daß schon durch den Erlaß vom 15. September 1915 (Nr. 2834/9. 15. M. A.) die Militärärzte angewiesen wurden, auf Ansuchen von versicherten kranken Heeresangehörigen die Krankenscheine unentgeltlich auszufüllen. Es wird ersucht, Namen und Truppenteil der Aerzte, die entgegen der erwähnten Verfügung für die Ausstellung der Krankenscheine Bezahlung fordern, hierher mitzuteilen, damit für Abstellung gesorgt werden kann."

Beiträge zur Angestelltenversicherung.

Das Maiheft der „Angestelltenversicherung", Amtl. Nachr. der Reichsversicherungsanstalt usw., enthält den Bericht des Direktoriums über das Geschäftsjahr 1915. Ihm entnehmen wir folgende auf die Versicherungskarten und auf die Rückzahlung von Beiträgen bezügliche Bemerkungen:

„Die Ausstellung und die Erneuerung der Versicherungskarten erfolgt nach §§ 194, 197 Vers.Ges. f. Angestl. durch die Ausgabestellen, welche von der obersten Landesverwaltungsbehörde bestimmt sind. Die Zahl der Ausgabestellen beträgt im Gebiete des Deutschen Reichs 35 853. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte liefert die Vordrucke der zum Eintritt in die Angestelltenversicherung erforderlichen Aufnahmekarten, sowie der Versicherungskarten, kurzen An-

leitungen, Belehrungen und der zur Beitragsentrichtung zu verwendenden Uebersichten und Postkarten an die Ausgabestellen unentgeltlich. . . .

Die Anträge auf Ausstellung einer Versicherungskarte wurden immer noch sehr häufig anstatt an die Ausgabestellen unmittelbar an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gerichtet, namentlich auch in den Fällen, in denen es sich um den Ersatz verlorener oder unbrauchbar gewordener Versicherungskarten handelte.

Die Fälle, in denen Arbeitgeber den Angestellten bei Beendigung des Dienstverhältnisses die Versicherungskarten vorenthalten, haben im Berichtsjahre vielen Schriftwechsel nötig gemacht, da die Versicherten sich fast regelmäßig zur Wiedererlangung ihrer Versicherungskarten statt an die Ortspolizeibehörden an die Reichsversicherungsanstalt wenden.

Vielfach wurde der auf den Versicherungskarten befindliche Befreiungsvermerk (§ 390 Vers.Ges. f. Angest.) von den Beteiligten dahin mißverstanden, daß für diese Versicherten überhaupt kein Beitrag zu zahlen sei, während nach § 392 Abs. 1 a. a. O. der Arbeitgeber verpflichtet bleibt, den auf ihn entfallenden Beitragsanteil an die Reichsversicherungsanstalt abzuführen. Manche Arbeitgeber unterließen sogar die Beitragszahlung schon auf die bloße Aussage des Versicherten hin, daß er sich in einer privaten Lebensversicherung befinde, obgleich auf seiner Versicherungskarte die Befreiung nicht vermerkt war. Die Beseitigung solcher Unklarheiten über die gesetzlichen Bestimmungen hat wiederholt längeren Schriftwechsel erfordert.

Eine wesentliche Mehrarbeit erwuchs der Reichsversicherungsanstalt infolge der Bundesratsverordnung vom 26. August 1915, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges. Durch ein Rundschreiben vom 1. September 1915 teilte die Reichsversicherungsanstalt sämtlichen Arbeitgebern, die bei ihr Versicherte angemeldet hatten, die Bedingungen besonders mit, unter denen die Rückzahlung der Beiträge erfolgt, die für einen Versicherten für die Zeit seines Kriegsdienstes entrichtet sind. Außerdem wurde für die Versicherten ein „Merkblatt über die Anrechnung der Kriegsdienstzeiten als Beitragszeiten für die Angestelltenversicherung“ herausgegeben. Die Auslegung der Bundesratsverordnung ergab vielfache Zweifelsfragen. Besonders zahlreich waren die Anfragen, was alles unter Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste zu rechnen sei. Die Beantwortung dieser Anfragen stieß bei der Verschiedenartigkeit der Verwendung Versicherter im Krieg auf nicht geringe Schwierigkeiten. Ferner wurden die einzelnen Bestimmungen der Bundesratsverordnung oft mißverstanden. Es wurden zum Beispiel sämtliche für einen zurzeit Kriegsdienste leistenden Versicherten gezahlten Beiträge zurückgefordert. Auch gingen häufig Anfragen ein, ob trotz der Bundesratsverordnung vorläufig eine Weiterzahlung der Beiträge erforderlich sei. Bei Stellung der Anträge auf Rückzahlung wurde die Bestimmung in § 4 Abs. 1, wonach nur der Arbeitgeber den Antrag auf Rückerstattung der von ihm entrichteten Beiträge stellen kann, nicht genügend beachtet. Weiter gingen die Anträge auf Rückzahlung in zahlreichen Fällen ohne die zur Begründung nötigen Militärpapiere ein. Die Antragsteller wurden dementsprechend aufgeklärt. Außer den Militärpässen wurde von vornherein auch jede andere Bescheinigung einer vorgesetzten Militärbehörde als ausreichend angesehen, sofern aus ihr nur mit Bestimmtheit hervorging, daß der Versicherte in der Zeit, für welche Rückzahlung verlangt wurde, auch tatsächlich Militärdienste geleistet hatte.

Zur Auslegung des § 1803 der Reichsversicherungsordnung.*)

Während in Sachen der Unfallversicherung und der Invalidenversicherung an dem bisherigen Grundsatze der Kostenlosigkeit des Verfahrens in der Reichsversicherungsordnung festgehalten worden ist, hat § 1803 RVO. in Spruchsachen der Krankenversicherung dem früheren Rechtszustand entsprechend die Auferlegung mäßiger Gebühren für die zweite Instanz, das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt, vorgesehen (Begr. zur RVO. S. 519). Das Verfahren vor dem Versicherungsamt und dem Reichsversicherungsamt ist aber auch in Sachen der Krankenversicherung kostenfrei. Ebensowenig kann für Beschlußsachen der Krankenversicherung eine Gebühr auferlegt werden.

Mit der Gebühr ist die Partei zu belasten, die in der Spruchsache unterlegen ist. Die Festsetzung erfolgt durch das Oberversicherungsamt. Die Gebühr fließt nach § 80 Abs. 4 RVO. in die Kasse des Bundesstaats. Sie gehört zu den gerichtlichen Kosten des Verfahrens (Rev.Entsch. 1881, Amtl. Nachr. 1914 S. 639). Die Gebühr ist nicht zu zahlen, wenn das Oberversicherungsamt nach § 1693 Abs. 1 RVO. eine Sache an das Reichsversicherungsamt zur grundsätzlichen Entscheidung abgegeben hat (Rev.Entsch. 1934 Amtl. Nachr. 1914 S. 816). Als Spruchsachen der Krankenversicherung im Sinne des § 1803 a. a. O. gelten auch Ersatzstreitigkeiten aus dem fünften Buche der Reichsversicherungsordnung, bei denen der zugrunde liegende Hauptanspruch aus der Krankenversicherung hergeleitet ist (Rev.Entsch. 2103 Amtl. Nachr. 1915 S. 733). Ueber das Verhältnis der nach § 80 Abs. 2 RVO. zu zahlenden Pauschbeträge zu der Gebühr des § 1803 a. a. O. hat sich das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2129 (Amtl. Nachr. 1915 S. 789) ausgesprochen. Danach kann die letztere Gebühr nicht von den Pauschbeträgen in Abzug gebracht werden.

Die Gebühr ist vom Oberversicherungsamt in der Regel, d. h. wenn es in der Sache entscheidet, in der betreffenden Entscheidung selbst festzusetzen (§ 1803 Abs. 1 Satz 2 a. a. O.). Hierüber hat das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 27. April 1916 (II K 695/15) folgendes ausgeführt. Mit „der Entscheidung“ kann nur die in der Hauptsache ergehende Entscheidung gemeint sein (§§ 1679, 1667 ff., 1657 RVO., § 36 OVAO.). Für diese Auslegung spricht auch die Erwägung, daß die Frage, wer als der unterliegende Teil anzusehen ist, nur im Zusammenhange mit der Frage, ob und in welchem Umfang die Berufung begründet ist, beurteilt werden kann (zu vgl. Hanow, Die Gebühr nach § 1803 RVO., in der Monatsschr. f. Arb. u. Angest.Vers. 1916 Sp. 7 ff.). Die Aufer-

*) Aus den von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts herausgegebenen „Monatsblättern für Arbeiterversicherung“ Nr. 5 v. 15. Mai 1916 (S. 60). — OVAO. = Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911.

legung der Gebühr nach § 1803 a. a. O. bildet also lediglich ein Zubehör der Entscheidung in der Hauptsache (zu vgl. Lehmann, Kommentar Anm. 2 zu § 1803). Ist eine Entscheidung in der Hauptsache ergangen, so kann die Entscheidung über die Auferlegung einer Gebühr nur mit dem Rechtsmittel der Revision (§ 1694 RVO.) und zugleich mit der Hauptsache angefochten werden. Wegen der Kosten des Verfahrens allein, zu denen, wie bemerkt, die Gebühr nach § 1803 a. a. O. gehört, ist die Revision nach § 1695 Nr. 6 RVO. ausgeschlossen. Hat das Urteil der Spruchkammer oder die Vorentscheidung des Vorsitzenden unterlassen, die nach § 47 OVAO. zu berechnende Gebühr festzusetzen, so ist das Urteil oder die Vorentscheidung in sinngemäßer Anwendung der §§ 1679, 1674 RVO. nachträglich zu ergänzen. Eines Antrags, wie er in § 1674 a. a. O. vorgesehen ist, bedarf es dazu hier, wo es sich nicht um außergerichtliche, dem Gegner zu erstattende Kosten des Verfahrens (§§ 1670, 1679 a. a. O.), sondern um gerichtliche Verfahrenskosten handelt, nicht. Die Ergänzung muß vielmehr von Amts wegen erfolgen, da ein öffentliches Interesse daran besteht, daß der Bundesstaat, der auf diese Gebühren Anspruch hat, sie auch erhält (§ 80 Abs. 4 RVO.). Berufen, die Ergänzung vorzunehmen, sind, je nachdem ein Urteil oder eine Vorentscheidung ergangen ist, die Spruchkammer oder der Vorsitzende. Eine mündliche Verhandlung ist, auch wenn ein Urteil der Spruchkammer vorliegt, nicht erforderlich (zu vgl. § 1674 Abs. 2, § 1679 RVO.). Die ergänzende Entscheidung ist auf der Urschrift des Urteils oder der Vorentscheidung und den Ausfertigungen zu vermerken (§ 1674 Abs. 3 RVO.). Nicht zulässig ist es hiernach, wenn eine Entscheidung in der Hauptsache ergangen ist, die Gebühr statt im Wege einer Ergänzung der Entscheidung durch besondere Kostenfestsetzungsverfügung des Oberversicherungsamts festzusetzen. Gegen derartige besondere Kostenfestsetzungsverfügungen ist nach § 1793 RVO. das Rechtsmittel der Beschwerde an das Reichsversicherungsamt gegeben, und sie unterliegen der Aufhebung im Beschwerdewege, wenn sie nicht in der Hauptentscheidung oder im Wege der Ergänzung der Hauptentscheidung festgesetzt worden sind (zu vgl. Hanow a. a. O. Sp. 9 und 10).

Wenn das Oberversicherungsamt eine Entscheidung in der Sache selbst nicht getroffen hat, wenn also eine Spruchsache nicht durch Entscheidung, sondern auf andere Weise, insbesondere durch Vergleich (§§ 1666, 1679 RVO.) oder durch Zurücknahme der Berufung erledigt wird, so ist ebenfalls die Auferlegung der Gebühr geboten. Denn nach § 1803 Abs. 1 Satz 1 a. a. O. ist, wie das Reichsversicherungsamt in der erwähnten Entscheidung vom 27. April 1916 ausführt, in Spruchsachen der Krankenversicherung allgemein dem unterliegenden Teile eine Gebühr aufzuerlegen; daß die Anforderung der Gebühr nur in dem regelmäßigen Falle, den § 1803 Abs. 1 Satz 2 a. a. O. im Auge hat, nämlich in dem Falle, in dem eine Entscheidung in der Sache selbst ergeht, erfolgen dürfe, sagt der Gesetzgeber nicht. Bei der Zurücknahme der Berufung gilt nach allgemeinen Prozeßgrundsätzen als unterlegener Teil derjenige, der die Berufung zurückgenommen hat.

Vorschriften, wie zu verfahren ist, wenn die Spruchsache nicht durch Entscheidung erledigt wird, sind in der Reichsversicherungsordnung selbst nicht enthalten. Hier greifen die auf Grund der Ermächtigung nach § 1803 Abs. 2 erlassenen Bestimmungen des § 44 OVAO. über Festsetzung von Kosten des Verfahrens ein. Die Partei, der durch Verfügung nach § 44 a. a. O. die Gebühr auferlegt worden ist, kann sich also beschwerdeführend an das Reichsversicherungsamt wenden, während bei Entscheidungen des Oberversicherungsamts in der Sache selbst die Entscheidung über die Gebühr allein nicht angefochten werden kann (zu vgl. Hanow ebenda Sp. 14 und 15).

Wegen der Höhe der Gebühr und deren Berechnung im Einzelfall ist auf § 47 OVAO. zu verweisen. Die Beitreibung der Gebühr, die nach § 1803 Abs. 3 RVO. durch die oberste Verwaltungsbehörde zu regeln ist, erfolgt in Preußen wie die von Gemeindeabgaben.

Vorschläge zur planmäßigen Arbeitslosenfürsorge in der Uebergangszeit vom Krieg zum Frieden

enthalten zwei Eingaben der „Freien Vereinigung für Kriegswohlfahrt", die sich aus Vertretern der Kriegsfürsorgeorganisationen einer Reihe deutscher Großstädte zusammensetzt, an den Bundesrat und Reichstag und die Kriegsministerien. Ausgehend von den mit Sicherheit zu erwartenden krisenhaften Schwankungen und Verschiebungen auf dem Arbeitsmarkte bei Friedensschluß fordern die Eingaben umfassende Vorbeugungs- und Fürsorgemaßnahmen:

1. Für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung von der Truppe wird für Kriegsteilnehmer mit unterhaltsberechtigten Angehörigen die Fortzahlung der Unterstützung gemäß dem Familienunterstützungsgesetz von 1888/1914 für die Dauer eines halben Monats mit der Möglichkeit der Fortsetzung für einen weiteren halben Monat im Falle der Bedürftigkeit vorgeschlagen. Für die Kriegsteilnehmer selber wird die Zahlung eines täglichen Verpflegungsgeldes für die Dauer eines Halbmonats nach ihrer Entlassung von der Truppe angeregt.

2. Für eine nach diesem Zeitpunkte noch vorübergehend einsetzende Arbeitslosigkeit von entlassenen Kriegsteilnehmern wird eine von der Aufenthaltsgemeinde des Arbeitslosen mit erheblicher Beihilfe des Reiches und Bundesstaates zu leistende Arbeitslosenunterstützung vorgeschlagen, die sich gleichzeitig auf die sonstigen am Orte sich aufhaltenden männlichen Arbeitslosen erstreckt. Da die Arbeitslosenunterstützung zur Verhütung von Mißbräuchen nur im Zusammenwirken mit den Arbeitsnachweisstellen eingerichtet werden kann, ist auf den gleichmäßigen Ausbau der Arbeitsnachweise sowohl im örtlichen wie im zwischenörtlichen Verkehr hinzuwirken. Um einer Verschärfung der Arbeitslosigkeit durch zuziehende arbeitsuchende Personen vorzubeugen, empfiehlt es sich, gleichmäßig die örtliche Zuständigkeit für den Bezug von Arbeitslosenunterstützung dahin zu regeln, daß am einzelnen Orte nur die ortsansässigen und die während des Krieges zugezogenen, seit einiger Zeit am Orte regelmäßig beschäftigten Arbeiter und Angestellten bezugsberechtigt sind. Die Höhe der Arbeitslosenunterstützung wäre nicht nur nach den örtlichen Lebensbedürfnissen, sondern auch nach dem Unterhaltsbedarf der Familie, zu deren Unterhalt der Arbeitslose gesetzlich verpflichtet ist, abzustufen. Beschwerden über Verweigerung der Arbeitslosenunterstützung sind durch einen von der Gemeinde

einzusetzenden paritätisch besetzten Ausschuß zu entscheiden.

3. Wandernde arbeitslose Personen sind von der Arbeitslosenfürsorge in der Form, die in der Gewährung von Geldunterstützungen besteht, auszunehmen. Für sie sind die vorhandenen Einrichtungen der Wanderarbeitsstätten in Verbindung mit den zwischen örtlich wirkenden Arbeitsnachweisstellen auszubauen.

4. Auch jugendliche Personen unter 18 Jahren sind von der Gewährung von Geldunterstützungen im Falle der Arbeitslosigkeit auszunehmen. Für sie ist nach Lage der örtlichen Verhältnisse eine besondere Form der Arbeitslosenfürsorge zu empfehlen, die unter Berücksichtigung der Erziehung und fachlichen Fortbildung den besonderen Verhältnissen der Jugendlichen gerecht zu werden sucht.

5. Die Einbeziehung weiblicher Arbeitsloser in das System der Arbeitslosenunterstützung wird wesentlich von der bisherigen Beschäftigungsart und der Lage der örtlichen Verhältnisse abhängen. Als allgemeine Grundsätze dürfen gelten: Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung haben Volltags-Arbeiterinnen, die durch regelmäßigen außerhäuslichen Erwerb ihren eigenen Unterhalt oder den ihrer Familie ganz oder doch zum Teil zu bestreiten genötigt sind.

Von der Arbeitslosenunterstützung wären also diejenigen beschäftigungslosen Arbeiterinnen auszuschließen: 1. deren Ernährer ein für den Unterhalt der Familie ausreichendes Einkommen erzielt, 2. deren Ernährer selbst eine nach der Kopfzahl der Familie abgestufte Arbeitslosenunterstützung bezieht, 3. die durch regelmäßige Zuwendungen oder sonstige Einnahmen wirtschaftlich gesichert sind.

Es ist darauf hinzuwirken, daß ein Ausgleich unvermeidlicher Härten durch die kommunalen und privaten Hilfsorganisationen geschaffen wird. —

Am Schluß der Eingabe wird besonders betont, daß alle diese, lediglich für die Uebergangszeit geplanten Hilfsmaßnahmen nicht ihren notwendigen späteren Ausbau zu einer systematischen Arbeitslosenversicherung überflüssig machen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben

---

Zum Begriff des Hauptberufs.

1. Nach T. Antwort: Es ist nicht zweifelhaft, daß K. vermöge seiner Beschäftigung als Rendant der städtischen Sparkasse zu den Angestellten in gehobener Stellung gehört, die nach § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. nur dann krankenversicherungspflichtig sind, wenn jene Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet. Der Hauptberuf bestimmt sich bei mehreren Erwerbstätigkeiten nicht nur nach dem Verhältnis der auf sie verwendeten Arbeitszeit und des dafür gewährten Entgelts, sondern es kommt auch darauf an, ob die Beschäftigung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht für die Lebensstellung des Angestellten von ausschlaggebender Bedeutung ist, und es kann danach die Annahme eines Hauptberufes auch dann verneint werden, wenn nur eine Erwerbstätigkeit in Frage kommt (zu vgl. Entsch. des RVA. in Arb.Vers. 1915 S. 589 und des Oberschiedsgerichts f. Angest.Vers. in Arb.Vers. 1916 S. 297). Daraus also, daß K. im übrigen „Privatmann" ist, folgt noch nicht ohne weiteres, daß die Beschäftigung als Rendant der Sparkasse seinen Hauptberuf darstellt. Sein Gehalt und seine Arbeitszeit sind gering. Er wird andere, erheblichere Einkünfte haben müssen, um seinen Lebensunterhalt zu bestreiten. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten liegt es also nahe, die Annahme eines Hauptberufs und folglich die Versicherungspflicht zu verneinen. Ein völlig sicheres Urteil hierüber läßt sich aber nicht fällen, ohne nähere Kenntnis der übrigen Einkommensverhältnisse des K., ferner seiner Familienverhältnisse, von denen das Maß seines Lebensbedarfs abhängt, endlich auch seiner sozialen Stellung (seines früheren Berufs, ehe er „Privatmann" wurde, usw.).

Ersatzanspruch des Armenverbandes für den Unterhalt im Krankenhaus.

3. Nach Witten. Antwort: Der Armenverband kann für den Unterhalt im Krankenhaus Ersatz nur aus dem Krankengeld beanspruchen, das die Kasse dem Versicherten zu gewähren hat, also nur aus den Beträgen, die die Kasse nach Gesetz oder Satzung für bestimmte Tage, in der Regel nur für die Arbeitstage zu leisten hat. Der Umfang der Pflicht, Krankengeld zu gewähren, wird nicht dadurch erweitert, daß der Armenverband statt der Kasse die Krankenhilfe gewährt. Daraus ergibt sich allerdings, daß der Armenverband bei einer nur dreitägigen Krankenhausbehandlung für den Unterhalt überhaupt keinen Ersatz zu beanspruchen hat, wenn das Krankengeld erst vom 4. Arbeitstage zu gewähren ist. Vollständiger Unterhalt braucht nicht allein deswegen vorzuliegen, weil die Krankenhauspflege ein halbes Jahr währt. Er wird vom Reichsversicherungsamt nur ganz ausnahmsweise angenommen, nämlich nur dann, wenn der Versicherte für lange Zeit vollständig aus seinen bisherigen Lebensverhältnissen und seiner Erwerbsstellung herausgerissen ist. Das Reichsversicherungsamt hält es nicht einmal für ausreichend, daß die

gesamten Lebensbedürfnisse von dem Krankenhaus erfüllt werden. (Vgl. Arb.Vers. 1915 S. 820).

Zur Weiterversicherung nach § 313 RVO.

3. Nach B.-S. Antwort: Das Mitglied kann sich bei Ihrer Kasse weiterversichern, sofern die Voraussetzungen des § 313 RVO. erfüllt sind. Dieses Recht wird auch dadurch nicht ausgeschlossen, daß der Versicherte inzwischen eine andere Beschäftigung, die ihn nicht versicherungspflichtig macht, übernimmt. Bei der Betriebskrankenkasse kann er sich deswegen nicht weiterversichern, weil er ihr als versicherungspflichtiges Mitglied nicht angehört hat, und das Recht, ihr auf Grund des § 176 Ziff. 1 RVO. beizutreten, besitzt er nicht, weil sein jährliches Gesamteinkommen 2500 M. übersteigt. Sobald dieses aber auch 4000 M. übersteigt, erlischt gemäß § 178 RVO. auch seine Mitgliedschaft auf Grund der Weiterversicherung bei Ihrer Kasse.

Aerztliche Behandlung eines auswärtigen Mitgliedes ohne Krankenschein.

4. Nach G. B. Antwort: Wenn die Kasse an dem Wohnort des Mitgliedes keine besonderen Kassenärzte hat, so muß sie die Behandlung eines beliebigen, von dem Kranken selbst gewählten Arztes bezahlen, und zwar auch dann, wenn es sich vorher keinen Krankenschein besorgt hat. Es käme nur in Frage, ob es nicht durch diese Unterlassung gegen die Krankenordnung sich vergangen hat und deswegen in eine Ordnungsstrafe genommen werden kann.

Schulden einer geschlossenen Ortskrankenkasse.

5. Nach Reiße. Antwort: Soweit das Vermögen einer geschlossenen Ortskrankenkasse zur Befriedigung der Gläubiger nicht ausreicht, fallen diese und damit auch die Aerzte und die Krankenanstalten mit ihren Forderungen aus. Es haftet dafür die neu errichtete Allgemeine Ortskrankenkasse, der jetzt die Mitglieder der geschlossenen angehören, nicht; denn sie ist nicht deren Rechtsnachfolgerin (Arb.Vers. 1915 S. 774). Aber auch der Gemeindeverband haftet nicht; denn nur für die unbefriedigten Ansprüche der Beamten der geschlossenen Kasse hat er aufzukommen.

Haftung des Tierhalters für Verletzung durch einen Hund.

6. Nach Schwabach. Frage: Eine bei uns versicherte Dienstmagd wurde abends von dem Hunde eines Nachbarn ihres Arbeitgebers gebissen und war 24 Tage im Krankenhaus; es sind uns 119,70 M. Kosten erwachsen. Wir haben von dem Besitzer des Hundes Ersatz unserer Kosten verlangt. Die Haftpflicht-Versicherungs-Gesellschaft, bei der jener versichert ist, verweigert die Zahlung mit der Begründung, daß der Hund weder bissig noch bösartig sei, so daß sein Besitzer den Entlastungsbeweis aus § 833 Satz 2 BGB. erbringen könne. Die Schuld an dem Unfalle habe die Versicherte selbst; sie habe abends den Hof des Hundebesitzers betreten. Da sie gewußt habe, daß um diese Zeit der Hund frei im Hofraum umherlief, so wäre es ihre Pflicht gewesen, beim Betreten des Hofes vorsichtig zu sein. Wir sind der Anschauung, daß der Besitzer des Hundes, da dieser nicht angekettet war, für die uns erwachsenen Kosten ersatzpflichtig ist.

Antwort: Der Entlastungsbeweis aus § 833 Satz 2 BGB. wird nur dann zugelassen, wenn der Hund dem Berufe, der Erwerbstätigkeit, oder dem Unterhalte des Tierhalters zu dienen bestimmt, also kein Luxushund ist. Diese Voraussetzung würde aber noch nicht dann erfüllt sein, wenn der Hund zur Bewachung des nur privaten Zwecken dienenden Grundstückes würde gehalten werden. Aber auch dann, wenn die Voraussetzungen für die Haftung aus § 833 BGB. erfüllt sein sollten, wäre doch an sich der Einwand zulässig, daß die Dienstmagd selbst ein Verschulden treffe. Hierbei kommt es darauf an, um welche Zeit sie den Hof betrat und ob sie wußte, daß der Hund etwa bissig war und frei umherlief.

Den Besitzer würde selbst ein Verschulden treffen, wenn er den Hund, obwohl er wußte, daß dieser bissig war, frei umherlaufen ließ zu einer Zeit wo dritte Personen den Hof betreten konnten und er nicht durch ein Schild vor dem Betreten des Hofes warnte. Um also die Rechtslage beurteilen zu können, müssen noch tatsächliche Feststellungen in den angedeuteten Richtungen getroffen werden. Uebrigens könnte die Kasse als Ersatz nur $^7/_8$ des Grundlohnes verlangen (§ 1542, 1503 RVO.).

Heideerntearbeiter gehören regelmäßig zur Landkrankenkasse.

7. Nach Lüneburg. Frage: Zurzeit werden hier in der Lüneburger Heide viele Heideflächen von Unternehmern, auch Landwirten, gepachtet oder es wird von ihnen der vorhandene Heidebestand zur Aberntung angekauft. Im hiesigen Kreise ist nun zweifelhaft, welcher Krankenkasse die beim Abmähen, Zusammenbringen und Verladen der Heide beschäftigten Personen (es handelt sich um mehrere hundert) angehören. Unseres Erachtens handelt es sich um einen landwirtschaftlichen und nicht um einen gewerblichen Betrieb. Die Heide wird zum Ausbauen von Schützengräben, zu Futterzwecken und als Streu verwendet. Als Arbeitgeber treten meistens Kreiseingesessene auf. Sie nehmen sich eine Anzahl Leute zum Mähen und Verladen der Heide an und geben die Heide an größere Unternehmer waggonweise wieder ab.

Antwort: Das Abernten der Heide ist eine landwirtschaftliche Tätigkeit, und daher sind die damit betrauten Arbeiter in der Landwirtschaft beschäftigt. Das gilt nach § 417 Ziff. 2 regelmäßig auch dann, wenn ein solcher Betrieb einen Nebenbetrieb eines gewerblichen Betriebes bildet; im letzteren Falle gelten sie nur dann als im Gewerbebetrieb beschäftigt, wenn sie gemäß § 540 RVO. nach der Satzung der gewerblichen Berufsgenossenschaft bei dieser versichert sind, doch kann dies die Satzung nur, wenn in dem landwirtschaftlichen Betrieb überwiegend Personen aus dem gewerblichen Betriebe beschäftigt sind, was in den geschilderten Fällen offenbar nicht zutrifft. Demnach gehören die mit dem Abernten beschäftigten Personen zur Landkrankenkasse. Welchem Zwecke das abgeerntete Kraut dienstbar gemacht wird, ist hierbei ohne Bedeutung.

Anwendung des § 197 RVO. auf die Kriegswochenhilfe, insbesondere bei Klinikpflege.

8. Nach Göttingen. Antwort: Nach § 9 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom

28. Januar 1915 gilt § 197 RVO. über die Erstattung von Wochengeld „auch für alle übrigen Leistungen an Wochenhilfe", welche eine Kasse auf Grund der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 aus eigenen Mitteln zu leisten hat. Im vorliegenden Falle handelt es sich um Wochenhilfe, auf welche die Versicherte als Pflichtmitglied der Kasse Anspruch hatte. Daher kommt für die Erstattungspflicht der früheren Kasse zunächst nach § 197 RVO. „der Betrag des Wochengeldes" in Betracht, und zwar auch für die Zeit, in der die Wöchnerin in der Frauenklinik war, wie sich aus der Anziehung des § 196 im § 197 ergibt. Die Kasse kann also nicht für diesen Zeitteil die verauslagten Pflegekosten, sondern für die ganze Zeit vom 8. März bis zum 2. Mai 1916 nur das Wochengeld von 1 M. für jeden Arbeitstag berechnen, d. i. zuzusammen 47 M. Hierzu treten aber nach § 9 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 als Leistungen, welche die Kasse nach § 8 und § 3 Ziff. 1 und 3 der Bek. v. 3. Dezember 1914 aus eigenen Mitteln zu gewähren hatte, hinzu: der Entbindungskostenbeitrag von 25 M. und Stillgeld für 17 Tage mit 8,50 M., so daß sich ein Gesamtbetrag von 80,50 M. ergibt, von dem die andere Kasse einen Teil „nach Verhältnis der Mitgliedzeit" zu erstatten hat, nämlich der Mitgliedzeit während des letzten Jahres vor der Niederkunft. In diesem Jahre hatte die Wöchnerin 159 Tage der leistenden Kasse und 207 Tage der erstattungspflichtigen Kasse angehört. Diese hat also $^{207}/_{366}$ von 80,50 M. zu erstatten.

Zuständigkeit der Betriebskrankenkasse für die an Erweiterungsbauten von der Firma beschäftigten Personen.

9. **Nach St. J.** Antwort: Die neue Fabrik ist von der Verwaltung der alten abhängig. Sie bildet also mit dieser offenbar einen Betrieb und daher gehören auch die am Bau der neuen Fabrik von der Firma beschäftigten Personen der Betriebskrankenkasse an (§ 245 Abs. 3 RVO.), auch wenn deren Sitz an einem andern Orte ist. Eine Ausnahme würden nur unständig Beschäftigte machen, für die gemäß § 442 die Allgemeine Ortskrankenkasse zuständig ist.

Invaliden- und Unfallrente neben Krankenhauspflege.

10. **Nach Thorn.** Antwort: Die Krankenkasse hat keinen Anspruch auf die dem Versicherten zustehende Invalidenrente während der Dauer der ihm von ihr gewährten Krankenhauspflege, gleichviel ob er die Rente, was ja wohl nur selten vorkommen dürfte, wegen desselben Leidens, wegen dessen er im Krankenhaus untergebracht ist, oder aus einem andern Anlaß bezieht. Dagegen ist nach dieser Richtung bezüglich der Unfallrente ein Unterschied zu machen. Ist diese auf Grund eines Unfalls gewährt worden, mit dem die Krankenhauspflege in keinem Zusammenhang steht, so verbleibt sie ohne jeden Abzug dem Versicherten. Hat er aber auf sie Anspruch infolge des Unfalls, infolgedessen auch die Kasse Unterstützung zu leisten hat, so kann die Kasse aus ihr bis zu ihrem halben Betrage für den Unterhalt im Krankenhause, das Taschen- und das Hausgeld Ersatz beanspruchen, bis zum vollen Betrage, wenn vollständiger Unterhalt im Krankenhaus gewährt wird. (§ 1501 ff. RVO.). Ein Unterschied zwischen verheirateten und unverheirateten Versicherten wird in allen diesen Fällen nicht gemacht.

Kassenzugehörigkeit der Lehrer an einer Privatlehranstalt.

11. **Nach Nordhausen.** Antwort: Nach der auf § 236 RVO. beruhenden Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 23. Mai 1914 (Arb.-Vers. 1914 S. 401) gehören Lehrer und Erzieher, sofern sie in die häusliche Gemeinschaft des Dienstberechtigten aufgenommen sind, in die Landkrankenkasse. Das Reichsversicherungsamt hat hinsichtlich der Dienstboten angenommen, daß es genüge, wenn sie einer von der Dienstherrschaft errichteten Hausgenossenschaft angehören (Arb.-Vers. 1915 S. 537). Läßt man dies gelten, so liegt kein Grund vor, den Begriff der häuslichen Gemeinschaft bei Lehrern an einer privaten Lehranstalt anders zu fassen. Wenn es also richtig ist, daß die Lehrer im Hause des Anstaltsbesitzers freie Kost und Wohnung haben und der Hausordnung und der Aufsicht des Besitzers unterstehen, so haben sie nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamts der Landkrankenkasse anzugehören.

Haftung der Kasse für Schaden, den der Arzt bei der Behandlung erleidet?

12. **Nach Eutin.** Frage: Ein Kassenmitglied erlitt einen Unfall, indem es in Teeröl stürzte und sich dabei einen Schenkelbruch zuzog. Der herbeigerufene Arzt mußte ihm im Freien den ersten Verband anlegen. Da der Verletzte über und über mit Teeröl bedeckt war, verdarb der Arzt durch die unvermeidliche Berührung seines Anzugs mit dem Oel den Anzug so vollständig, daß er ihn durch einen neuen ersetzen mußte. Er hält sich jetzt für berechtigt, „seinen Schaden der verpflichteten Kasse als Auslagen in Rechnung zu setzen." Ist das gerechtfertigt? Verlangt wird der Preis des fast neuen, jetzt unbrauchbaren Anzugs, wogegen dieser der Kasse zur Verfügung gestellt wird.

Antwort: Wir halten den Anspruch des Arztes für unbegründet. Die Kasse hat nur für die Kosten der ärztlichen Behandlung aufzukommen. Dazu gehören allerdings auch notwendige Auslagen, die der Arzt zum Zwecke der Behandlung macht, z. B. für Verbandstoffe, Watte, Salben usw. Um dergleichen handelt es sich hier aber nicht. Der Anzug hat nicht der ärztlichen Behandlung gedient und der Arzt hat für diese keinerlei Auslage gemacht, sondern er hat nur bei Gelegenheit der Behandlung einen Schaden erlitten. Für diesen Schaden die Kasse haftbar zu machen, fehlt es an jedem Rechtsgrunde.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1143 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. Juli 1916 | Heft 21

Die Novelle zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Von Landesrat Dr. Brunn in Berlin.*)

Während die Anpassung der Vorschriften der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung an die durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse den Erlaß verschiedener Verordnungen des Bundesrats auf Grund des Ermächtigungsgesetzes vom 4. August 1914 notwendig machte, ist jetzt die erste gesetzliche nicht durch den Krieg erforderte Abänderung der Vorschriften des IV. Buches der RVO. durch das Reichsgesetz, betreffend Renten in der Invalidenversicherung, vom 12. Juni 1916 (RGBl. S. 525) erfolgt. Der in der Reichstagskommission festgestellte Namen des Gesetzes deckt sich nicht völlig mit dem Inhalt; denn das Gesetz ändert nicht bloß die Vorschriften über die Renten, sondern auch die über die Höhe der Beiträge und die Bildung des Gemeinvermögens. Auffällig ist auch die inkorrekte Bezeichnung „in der Invalidenversicherung". Der Ueberschrift des IV. Buches der RVO. entsprechend hätte es heißen müssen „in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung".

Veranlassung zu dem Gesetze gab Art. 84 des Einführungsgesetzes zur RVO., der den Bundesrat verpflichtete, im Jahre 1915 dem Reichstag die gesetzlichen Vorschriften über die Altersrente zur erneuten Beschlußfassung vorzulegen. Wie die Entstehungsgeschichte des Art. 84 ergibt, sollte über die Herabsetzung der Altersgrenze bei der Altersrente vom 70. auf das 65. Lebensjahr, die bei der Beratung der RVO. an dem Widerspruch der Regierung gescheitert war, erneut beschlossen werden. In einer im vorigen Jahr dem Reichstag zugegangenen Denkschrift hatte bekanntlich die Regierung diese Herabsetzung der Altersgrenze ohne gleichzeitige Erhöhung der Beiträge für undurchführbar und die Zeit für ungeeignet zu einer Beitragserhöhung erklärt. Nachdem der Reichstag trotzdem eine entsprechende Vorlage gefordert hatte, hat die Regierung diesem Verlangen nachgegeben und gleichzeitig in dem vorgelegten Gesetzentwurf die Aenderung einiger anderer Vorschriften der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, die mit der Herabsetzung der Altersrente nicht im Zusammenhang stehen, vorgeschlagen. Weitere Aenderungen sind durch die Beschlüsse des Reichstags mit Zustimmung der Regierung getroffen worden. Der Inhalt des so zustande gekommenen Gesetzes soll im folgenden kurz erörtert werden.

I. § 1257 RVO. ist dahin geändert worden, daß der Versicherte Altersrente schon vom vollendeten 65. Lebensjahre erhält, vorausgesetzt natürlich, daß die sonstigen Voraussetzungen für den Anspruch erfüllt sind. Demgemäß ist auch Art. 65

*) Aus dem „Preußischen Verwaltungs-Blatt" (Nr. 40 v. 1. Juli 1916, S. 626) mit freundlicher Erlaubnis des Herrn Verfassers und des Verlags mitgeteilt. — Das hier erläuterte Gesetz ist im Heft 19 der Arb.Vers. (S. 451) abgedruckt.

Abs. 1 des Einführungsgesetzes zur RVO., der von der sogenannten vorgesetzlichen Wartezeit handelt, dahin geändert worden, daß statt des 40. Lebensjahres das 35. Lebensjahr gesetzt wird. Ein in der Reichstagskommission gestellter Antrag, die Wartezeit für die Altersrente entsprechend der Herabminderung der Altersgrenze von 1200 auf 1000 Beitragswochen zu ermäßigen, fand keine Zustimmung, nachdem die Regierung widersprochen hatte.

Da bei der Angestelltenversicherung (§ 25 AVG.) der Versicherte das Altersruhegeld von der Vollendung des 65. Lebensjahres ab erhält, war es nur folgerichtig, diese Altersgrenze auch für die Invalidenversicherung festzusetzen. Im übrigen ist ja schon von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen worden, daß die praktische Bedeutung dieser Maßregel erheblich überschätzt wird.

II. In § 1291 RVO., der die Vorschriften über den Kinderzuschuß enthält, ist die Beschränkung, daß die Erhöhung der Invalidenrente des Berechtigten höchstens bis zum anderthalbfachen Betrage zulässig sein soll, fortgefallen. Auch diese Änderung hat schwerlich große praktische Bedeutung; denn die Fälle, in denen ein Invalidenrentenempfänger mehr als fünf Kinder unter 15 Jahren hat, sind doch äußerst selten.

III. Von erheblicherer Bedeutung ist die Erhöhung der Beträge der Waisenrenten und damit auch der Waisenaussteuer, die die Novelle bringt. Während bisher die Waisenrente für das erste Kind drei Zwanzigstel des Grundbetrages und der Steigerungssätze der Invalidenrente beträgt, die der Verstorbene zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte, für jedes weitere Kind aber nur ein Vierzigstel dieser Beträge, ist jetzt einheitlich für jedes Kind der gleiche Satz von drei Zwanzigstel festgesetzt worden. Damit tritt eine Erhöhung der Bezüge ein, die bei der recht bescheidenen Höhe der Waisenrente immerhin schon ins Gewicht fällt. Da die Waisenaussteuer sich nach dem Betrage der bezogenen Waisenrente berechnet, wird also auch dieser Bezug für die zweite und die folgenden Waisen erhöht.

IV. Die §§ 1294, 1295 RVO. sind gestrichen. Es ist also ebenso wie bei den Kinderzuschüssen — vergl. oben unter II — die Beschränkung des Höchstbetrages der Hinterbliebenenrente (§ 1294) fortgefallen. Damit ist die Vorschrift des § 1295 gegenstandslos geworden.

V. Für die nach §§ 1360—1380 RVO. zugelassenen Sonderanstalten ist in Art. 4 der Novelle zur Anpassung ihrer Bestimmungen über die Altersrente und die Hinterbliebenenbezüge an die Vorschriften dieses Gesetzes eine Übergangsfrist vorgesehen.

VI. Diese Änderungen des Gesetzes glaubte die Regierung nicht ohne Erhöhung der Beiträge durchführen zu können. Ihrer Auffassung ist der Reichstag beigetreten. Die Beiträge sind in jeder Lohnklasse um 2 Pf. erhöht worden, so daß sie künftig betragen sollen: in der Lohnklasse I 18 Pf., in Lohnklasse II 26 Pf., in Lohnklasse III 34 Pf., in Lohnklasse IV 42 Pf. und in Lohnklasse V 50 Pf.

VII. Durch die besprochenen Änderungen in den Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung tritt eine Erhöhung der Gemeinlast ein, d. h. der Ausgaben, die alle Versicherungsträger gemeinsam aufzubringen haben (§ 1396 RVO.). Durch die Steigerung der Renten infolge Anrechnung der Militärdienstwochen — durch die Verordnung vom 23. Dezember 1915 (RGBl. S. 845) ist die Anrechnung während des Krieges noch erweitert — wird das Gemeinvermögen ebenfalls stärker belastet. Infolgedessen bestimmt die Novelle in Abänderung des § 1397 RVO., daß künftig zur Deckung der Gemeinlast nicht mehr 50%, sondern 60% der Beiträge buchmäßig als Gemeinvermögen ausgeschieden werden.

VIII. Das Inkrafttreten der neuen Vorschriften. Die Änderung in der Beitragshöhe und in der Bildung des Gemeinvermögens tritt am 1. Januar 1917 in Kraft. Für Zeiten nach diesem Zeitpunkt dürfen Beitragsmarken in den alten Werten nicht mehr verwendet werden. Die alten nicht verwendeten Marken werden binnen zwei Jahren, also bis zum 31. Dezember 1918, bei den Markenverkaufsstellen gegen gültige Marken im gleichen Geldwert umgetauscht. Eine Rücknahme gegen Barauszahlung des Wertbetrages erfolgt nicht.

Im übrigen treten die Vorschriften der Novelle mit Wirkung vom 1. Januar 1916 in Kraft. Die rückwirkende Kraft, die sich das Gesetz hierdurch beilegt, geht aber nach Art. 6 Abs. 1 und 2 noch weiter. Die Vorschriften über die Altersrente, Waisenrente und Waisenaussteuer sollen nämlich in den am Tage der Verkündung schwebenden Feststellungsverfahren Anwendung finden, ohne Rücksicht darauf, an welcher Stelle, Versicherungsanstalt, Oberversicherungsamt oder Reichsversicherungsamt, das Verfahren anhängig ist. Die Nichtanwendung der Vorschriften bildet auch dann einen Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte, wenn also die Entscheidung vor der Verkündung des Gesetzes ergangen ist. Die rückwirkende Kraft soll sich aber auch auf die schon abgeschlossenen Verfahren erstrecken. Es sollen alle Ansprüche auf Altersrente, Waisenrente oder Waisenaussteuer, über die nach dem 31. Dezember 1915 eine Entscheidung ergangen ist, von Amts wegen von der Versicherungsanstalt geprüft werden. Führt diese Prüfung zu einem für den Berechtigten günstigeren Ergebnis, oder wird es von dem Berechtigten ausdrücklich verlangt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen, durch den ihm das instanzliche Verfahren von neuem eröffnet wird. Die Anwendbarkeit der neuen Vorschriften hängt also nicht davon ab, ob der Versicherungsfall — bei der Altersrente die Vollendung des 65. Lebensjahres, bei der Waisenrente der Tod des Versicherten — nach dem 31. Dezember 1915 eingetreten ist. Es genügt, daß nach diesem Zeitpunkte die Entscheidung ergangen ist. Freilich können nach der besonderen Vorschrift des Art. 6 Abs. 3 die nach diesem Gesetz zuerkannten Altersrenten frühestens am 1. Januar 1916 beginnen. Für die Waisenrenten gilt diese Beschränkung nicht; sie ist von der Reichstagskommission ausdrücklich aus dem Entwurf gestrichen worden, wie der Kommissionsbericht ergibt, in der Absicht, den Waisen den erhöhten Rentenbezug in möglichst weitem Umfange zu verschaffen. Doch liegt es nicht etwa in der Absicht des Gesetzes, die vom 31. Dezember 1915 laufenden Waisenrenten ebenfalls zu erhöhen. Das läßt der Wortlaut des Art. 6 klar erkennen und wird durch die Kommissionsverhandlungen bestätigt.

Der Krieg in Verwaltung und Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung.

Von Städt. Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München.

Fortsetzung.

E. Die Kriegswochenhilfe.

I. Literatur.

a) **Arbeiter-Versorgung:** Heine: „Zur Kriegswochenhilfe (Stillgeld) bei Mehrgeburten". 1915 S. 761; Helms: „Die Kriegswochenhilfe nach dem gegenwärtigen Stand" 1915 S. 409; Jaeger: „Die Zuständigkeit des Versicherungsamts zur Nachweisung der für die Wochenhilfe verauslagten und vom Reiche zu ersetzenden Beträge" 1915 S. 313; Kleeis: „Die freie Geburtshilfe als dauernde Krankenkassenleistung" 1915 S. 125; —: „Verbuchung der Reichswochenhilfe und anderer besonderer Leistungen der Krankenkassen" 1915 S. 137, 187, 212; Krause: „Gilt § 1693 RVO. auch für Streitsachen aus den §§ 1 bis 4 der Bekanntmachung vom 3. Dezbr. 1914 betr. Wochenhilfe während des Krieges?" 1915 S. 721; Ohsteck: „Reichswochenhilfe für Frauen von Seefahrern" 1916 S. 42; Schloßmann: „Er-

gänzung der Kriegswochenhilfe durch Kriegswohlfahrtseinrichtungen" 1915 S. 331; Sonderhoff: „Die Kriegswochenhilfe" 1915 S. 1ff.; Sprechsaal: „Berechnung der Leistungsdauer bei der Kriegswochenhilfe" 1915 S. 91.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Frankenberg: „Das Stillgeld, ein Teil der Kriegswochenhilfe" 1915 S. 719; Krause: „Kriegswochenhilfe, eine Entgegnung" 1915 S. 345; —: „Die Bedeutung des § 12 Abs. 1 der neuen Wochenhilfebekanntmachung vom 23. April 1915" 1915 S. 512; Weymann: „Die Kriegswochenhilfe" 1915 S. 223; —: „Die Kriegswochenhilfe nach der Bundesratsverordnung vom 23. April 1915", 1915 S. 409.

c) **Die Ortskrankenkasse:** Claus: „Erweiterungen der Krankenversicherung und der Reichswochenhilfe" 1915 S. 111; —: „Abermalige Erweiterung der Reichswochenhilfe" 1915 S. 325; Gräf und Cohn: „Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 über Wochenhilfe während des Krieges" 1914 S. 454; Krause: „Zwei Fragen aus der Kriegswochenhilfe (Berechnung der Dauer von Wochen- und Stillgeld; Reichswochenhilfe bei Anfechtung der Ehelichkeit des Kindes)" 1915 S. 208; —: „Entbindungskostenbeitrag der Kriegswochenhilfe für vor dem 3. Dezember 1914 liegende Entbindungen" 1915 S. 370, 530; —: „Fragen aus der neuen Wochenhilfebekanntmachung vom 23. April 1915" 1915 S. 415; —: „Erlischt der Anspruch auf Kriegswochenhilfe durch nachträgliche Entlassung des Ehemannes aus dem Kriegsdienst?" 1915 S. 622; Lehmann: „Wochenhilfe — Familienhilfe — Erziehungshilfe" 1915 S. 758; Mayer-Krause-Frankenberg: „Wochenhilfe während des Krieges" 1915 S. 39; Mayet: „Kriegswochenhilfe des Reichs" 1915 S. 143; —: „Reichswochenhilfe nach dem Kriege" 1915 S. 441; Mußmann: „Entbindungskostenbeitrag der Kriegswochenhilfe für vor dem 3. Dezember 1914 liegende Entbindungen" 1915 S. 420; Rieger: „Ein Jahr Reichswochenhilfe" 1916 S. 170; —: „Hebammen und Reichswochenhilfe" 1916 S. 286; Sonderhoff: „Erlischt der Anspruch auf Kriegswochenhilfe durch nachträgliche Entlassung des Ehemannes aus dem Kriegsdienst"? 1915 S. 487; Stoll: „Die Tätigkeit einer Stillrevisorin" 1915 S. 673.

d) **Die Betriebskrankenkasse:** Heinemann: „Wochenhilfe während des Krieges" 1916 S. 2, 13; Krause: „Mehrlingsgeburten nach der Bekanntmachung über die Kriegswochenhilfe" 1915 S. 91.

e) **Die Krankenversicherung:** Hoffmann: „Die Kriegswochenhilfe" 1914 S. 184; 1915 S. 94; Ponzen: „Praktische Winke zur Reichswochenhilfe" 1916 S. 3; Potthoff: „Kriegswochenhilfe nach Friedensschluß" 1915 S. 137.

f) **Zentralblatt für Reichsversicherung:** Boecker: „Merkblatt über Wochenhilfe nach den Bundesratsbekanntmachungen vom 3. Dezember 1914, 28. Januar 1915 und 23. April 1915" 1915 S. 233; Sonderhoff: „Die neue Bundesratsverordnung betr. Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges" 1915 S. 201; Tieling: „Die Zuständigkeit der Versicherungsämter zur Prüfung der Nachweisungen der von den Krankenkassen verauslagten Beträge an Reichswochenhilfe" 1916 S. 138.

g) **Der Versicherungsbote:** D.: „Die Wochenhilfe während des Krieges" 1914 S. 301; Sn.: „Wann gilt ein Kind als ehelich?" 1915 S. 194.

h) **Preußisches Verwaltungsblatt:** Brunn: „Die neue Kriegswochenhilfe" 36. Jahrg. S. 321.

i) **Juristische Wochenschrift:** Klaßmann: „Die Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 und die Befreiung von der Versicherungspflicht nach der RVO." 1915 S. 134, 254.

II. Rechtsprechung und Verwaltung.

Von allen kriegsgesetzgeberischen Maßnahmen auf dem Gebiete der Sozialversicherung ist keine so einschneidend gewesen und gleichzeitig so volkstümlich geworden, wie die Bestimmungen über die Kriegswochenhilfe. Mitten im Kriege wurde hier aus der Not des Augenblicks heraus die bisher gegenüber allen einschlägigen Bestrebungen stets abgelehnte Frage der Mutterschaftsfürsorge, wenn auch noch nicht in einer allumfassenden, so doch in einer großzügigen Weise in Angriff genommen. Zwar wurde auch jetzt der Schritt nicht auf einmal getan. Der mit einem sehr beschränkten Wirkungskreis ausgestatteten Bekanntmachung vom 3. Dez. 1914 (RGBl. S. 492) folgte zunächst die mehr nur einige Schönheitsfehler beseitigende Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49). Erst als sich dann in Parlament und Presse die Stimmen nach einer weiteren Ausgestaltung der Kriegswochenhilfe immer mehr regten, folgte die Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257).

Dies Nacheinander der Bekanntmachungen führte in Verbindung mit der Tatsache, daß verschiedene Stellen zur Gewährung der Kriegswochenhilfe zuständig sind und sich der Anspruch auf Kriegswochenhilfe auf verschiedene Voraussetzungen gründet, zu einer

gewissen Unübersichtlichkeit, die nicht nur die Verbreitung der Kenntnis von den Bedingungen der Kriegswochenhilfe im Volke hinderte, sondern auch den von Amts wegen mit ihrer Anwendung betrauten Behörden manche Schwierigkeiten bot. Diese wurden noch dadurch vermehrt, daß die Bekanntmachungen selbst manches völlig Neue brachten und in ihrem Wortlaute nicht immer hinreichend klar gefaßt waren.

Die Verbände der Krankenkassen suchten durch eigene Aufklärung unter ihren Verbandsmitgliedern die Einführung der Kriegswochenhilfe möglichst zu erleichtern, so der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen in einem an die ihm angeschlossenen Ortskrankenkassen gerichteten Rundschreiben (Ortskrankenkasse 1914 S. 449; 1915 S. 73). Befürchtungen wie sie teils von der privaten Fürsorgetätigkeit gewidmeten Vereinigungen, teils von wirtschaftlichen Verbänden, z. B. dem Leipziger Verband der Aerzte an die Einführung der Kriegswochenhilfe geknüpft wurden, suchte der Reichskanzler (Reichsamt des Innern) durch Erlasse vom 12. Dezember 1914 über Kriegswochenhilfe der Krankenkassen und Tätigkeit gemeinnütziger Vereine (Arb.Vers. 1915 S. 33) und vom 14. Jan. 1915 über Kriegswochenhilfe der Krankenkassen und Aerzte (ebenda 1915 S. 116) zu begegnen.

Die Rechtsprechung hatte sich im allgemeinen nur mit den beiden ersten Bekanntmachungen über die Wochenhilfe zu befassen, da hier allein ein Instanzenzug durch die Anlehnung an die entsprechenden Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung geschaffen war. Es hat das Oberversicherungsamt etwa anfallende Streitigkeiten endgültig zu entscheiden; immerhin ist aber die Anrufung des Reichsversicherungsamts möglich, da die Anwendbarkeit des § 1693 RVO. durch die Entscheidung 2072 des RVA. vom 28. Juni 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 638; Arb.Vers. 1915 S. 736) auch für Streitsachen über die Kriegswochenhilfe als anwendbar erklärt wurde. Im Gegensatz hierzu unterliegt die Gewährung der Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 keinem Instanzenzug. Die Kommission bezw. der Vorsitzende des Lieferungsverbandes entscheiden endgültig; es ist nur wegen offensichtlicher Gesetzesverletzung die Verwaltungsbeschwerde zulässig (Arb. Vers. 1916 S. 191 Ziff. 7). Die Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen obliegt daher hier nicht rechtsprechenden Instanzen, sondern muß überwiegend im Verwaltungswege erfolgen. Das Reichsamt des Innern, das schon bei den ersten beiden Bekanntmachungen durch erläuternde Bescheide auftauchende Zweifel zu beseitigen suchte, hat sich durch zahlreiche weitere Erlasse in ausgedehntem Maße auch an der Auslegung der dritten Bekanntmachung über die Kriegswochenhilfe beteiligt. Trotzdem nun hinsichtlich des Rechtszuges die Bekanntmachung vom 23. April 1915 eine Ausnahmestellung einnimmt, können doch manche der im Rechtsmittelverfahren nach den Bekanntmachungen vom 3. Dezember 1914 und 28. Januar 1915 aufgestellten Grundsätze auch auf sie Anwendung finden, da mannigfache gemeinsame Berührungspunkte bestehen.

Zu diesen gehört vor allem der **Begriff der Kriegsdienstleistung** seitens des Ehemanns bezw. des Vaters des unehelichen Kindes der Wöchnerin. Kriegsdienstleistung bezw. Behinderung an derselben im Sinne der Bestimmungen der Verordnungen liegt nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 22. November 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 348) dann nicht vor, wenn der Ehemann der Wöchnerin von der Militärbehörde vorläufig entlassen und dadurch in die Lage versetzt ist, einer Erwerbstätigkeit wieder nachzugehen. Solange kann ein Anspruch auf Wochenhilfe nicht geltend gemacht werden, mag auch später wieder eine Einberufung zum Heeresdienst erfolgt sein. Sind dann bei der Wiedereinberufung die Fristen für das Wochengeld und Stillgeld noch nicht abgelaufen, so ist nach einem Bescheid des Oberversicherungsamts Düsseldorf (Arb.Vers. 1915 S. 380) Wochen- und Stillgeld vom Tage des Wiedereintritts des Ehemannes in

den Heeresdienst zu gewähren. In analoger Weise besteht, wenn die Niederkunft vor der Entlassung des Ehemannes aus dem Heeresdienste liegt, nach einem Bescheide des Reichsamts des Innern vom 6. August 1915 (ebenda 1915 S. 684) bis zur Beendigung der Kriegsdienstleistung ein Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen der Wochenhilfe. Die Kriegswochenhilfe ist eben im Gegensatz zu der Wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung, wie in einem weiteren Bescheide des Reichsamts des Innern vom 27. Dez. 1915 (ebenda 1916 S. 56) betont wird, eine teilbare Leistung, deren Beginn und Ende ausschließlich von der Erfüllung der Voraussetzungen der Kriegsdienstleistung in der Person des Ehemanns bezw. des Vaters des unehelichen Kindes der Wöchnerin liegt (ebenda 1915 S. 71 Ziff. 4a; 1916 S. 238 Ziff. 4). Im Gegensatz hierzu wird jedoch auch die Anschauung vertreten, daß die lediglich militärische „Beurlaubung" und die Entlassung „zur Disposition", selbst wenn sie zur Wiederaufnahme einer versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit führt, noch nicht den Anspruch auf Kriegswochenhilfe ausschließe (Arb.Vers. 1915 S. 288 Ziff. 6d, 7a; S. 336 Ziff. 20b), sondern daß dies erst dann der Fall sei, wenn wie z. B. bei der Entlassung und Zurückstellung bis zu einem bestimmten Zeitpunkt sich die Militärbehörde ausdrücklich für eine bestimmte Zeit der Verfügungsmacht über den Kriegsteilnehmer begebe (ebenda 1915 S. 646 Ziff. 1).

Zur Sanitätsdienstleistung im Sinne der Bestimmungen über die Wochenhilfe gehört auch die Tätigkeit des Personals der freiwilligen Krankenpflege (Arb.Vers. 1915 S. 167 Ziff. 13b); wieweit allerdings ein Anspruch besteht, wenn die Tätigkeit nicht als freiwilliger Krankenpfleger, sondern auf Grund privatrechtlichen Dienstvertrages geleistet wird, ist nicht ganz klar zu entscheiden. Im allgemeinen dürfte davon auszugehen sein, daß eine gewerbliche, jeder Kriegsgefahr entrückte Tätigkeit gegen Entgelt nicht die Voraussetzung für die Gewährung der Kriegswochenhilfe bilden kann (ebenda 1915 S. 504 Ziff. 17).

Die Ehefrauen von Zivilgefangenen können nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 einen Anspruch auf Kriegswochenhilfe nicht erheben, da Zivilgefangene eine Kriegsdienstleistung gar nicht begonnen haben, also an ihrer Weiterleistung nicht verhindert worden sein können (Arb.Vers. 1915 S. 718 Ziff. 1). Dies gilt auch für die Bekanntmachung vom 23. April 1915 bis zu der im Frühjahr 1915 zunächst im Verwaltungswege erfolgten und auf die wehrpflichtigen Personen beschränkten, dann aber mit dem 21. Januar 1916 durch Bundesratsverordnung allgemein für alle Zivilgefangenen eingeführten Ausdehnung der Gewährung der Familienunterstützung. Denn die für die Gewährung der Familienunterstützung in Betracht kommenden Grundsätze sind nach einem Bescheid des Reichsamts des Innern vom 28. Juni 1915 (Bayer. Staatsztg. vom 23. Juli 1915 S. 169) sinngemäß auch für die Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 anwendbar. Soweit der Ehemann der Wöchnerin oder der Vater des unehelichen Kindes zur Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge gehört, ist nach Anschauung der Reichsregierung Anspruch auf Kriegswochenhilfe nicht gegeben, wenn das Schiff in neutralem Hafen liegt und die Besatzung sich wegen Gefahr der Gefangennahme nicht zum Kriegsdienst stellen kann. Um diese Härte zu mildern, ist jedoch zwischen der Seeberufsgenossenschaft und den Krankenkassen eine Vereinbarung zu Stande gekommen, die auch hier die Gewährung der Kriegswochenhilfe ermöglicht (vgl. Ortskrankenkasse 1916 S. 62).

Den Wöchnerinnen von Kriegsversehrten steht der Anspruch auf Kriegswochenhilfe zum mindesten für so lange zu, als der Militärinvalide infolge seiner Verwundung einer Erwerbstätigkeit nicht nachgehen kann (Arb.Vers. 1915 S. 288 Ziff. 7d), und zwar wird gefordert werden können, daß der durch die Erwerbstätigkeit erzielte Verdienst für den Lebensunterhalt auch ins Gewicht fällt, daß also eine geringfügige, mehr versuchsweise Beschäftigung, ev. auch der Bezug von Militärrente nicht in Frage kom-

men kann (ebenda 1915 S. 838 Ziff. 5, 1916 S. 336 Ziff. 12). Anderseits wird man allerdings annehmen können, daß der Anspruch auf Wochenhilfe wegfällt, wenn der Ehemann wieder soweit hergestellt ist, daß er eine entsprechende Erwerbstätigkeit ausüben kann, auch wenn es ihm zunächst nicht gelingt, eine Stellung zu erlangen (ebenda 1915 S. 598 Ziff. 2 a).

Unehelichen Kindern verheirateter Wöchnerinnen stehen nach einem Bescheide des Reichsamts des Innern vom 20. Mai 1915 solange die Rechte ehelicher Kinder zu, als der Ehemann nicht die Ehelichkeit angefochten hat. Bis dies geschehen ist, hat daher die Ehefrau Anspruch auf Kriegswochenhilfe. Ist der Ehemann nicht mehr am Leben, so kann nach einem weiteren Bescheide vom 24. Juni 1915 jeder Interessent also evtl. auch die leistungspflichtige Kasse die Unehelichkeit geltend machen (Arb. Vers. 1915 S. 212; S. 715).

Die Kriegswochenhilfe ist eine Fürsorgemaßregel des Reichs für seine Kriegsteilnehmer und ihre Angehörigen; sie steht daher nach einem Bescheide des Reichsamts des Innern vom 31. Dezember 1914 (Ortskrankenkasse 1915 S. 38; vgl. auch Bescheid des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 19. Januar 1915 in Arb.Vers. 1915 S. 178) nur Reichsangehörigen zu (a. A. Arb.Vers. 1915 S. 95 Ziff. 2, wo unabhängig von der Staatsangehörigkeit des Kriegsteilnehmers lediglich die Tatsache der dem Deutschen Reiche geleisteten Kriegsdienste als ausschlaggebend erachtet wird).

Der Anspruch auf Kriegswochenhilfe entsteht mit dem Vorliegen einer Niederkunft (Arb.Vers. 1915 S. 431 Ziff. 9). Ob eine solche gegeben ist, muß nach Entscheidungen des Versicherungsamts Kiel (Arb. Vers. 1915 S. 539) und des Knappschafts-Schiedsgerichts in Breslau (Betriebskrankenkasse 1915 S. 208) sowie einer Entschließung des Kgl. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 9. März 1916 (Betriebskrankenkasse 1916 S. 68) nach denselben Voraussetzungen wie bei der Wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung beurteilt werden. Demgemäß ist die Kriegswochenhilfe auch bei Geburt eines toten, an sich lebensfähigen Kindes zu gewähren (Arb.Vers. 1915 S. 119 Ziff. 8 b). Ob ein im medizinischen Sinne lebensfähiges Kind in Frage kommt, läßt sich nach einer Auskunft des Oberversicherungsamts Düsseldorf vom 8. Januar 1915 (Betriebskrankenkasse 1915 S. 22) am besten aus der Tatsache der standesamtlichen Beurkundung des Geburtsfalles beurteilen. Der Tod des Kindes nach der Niederkunft beendet den Anspruch auf Wochengeld nicht (Arb. Vers. 1915 S. 168 Ziff. 15; 216 Ziff. 5), während allerdings der Tod der Wöchnerin vom Todestag an weitere Leistungen an Wochenhilfe ausschließt (ebenda 1915 S. 551 Ziff. 10).

Die Leistungen der Kriegswochenhilfe sind nach allen Bekanntmachungen dieselben. Es gelten daher die zu der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 ergangenen Entscheidungen und Erlasse sinngemäß auch für die späteren Verordnungen und umgekehrt.

Danach ist der einmalige Beitrag zu den Kosten der Entbindung nach einem Bescheide des Reichsamts des Innern (Betriebskrankenkasse 1915 S. 175) nicht bestimmt, ausschließlich den Hebammen zu gute kommen; er ist als „Beitrag" zu den Kosten der Entbindung ebenso für die Begleichung der Kosten des Arztes, evtl. Arzneien und Stärkungsmittel usw., wie für die Maßnahmen gedacht, die wie z. B. Kontrollbesuche der Hebamme im Anschluß an normal verlaufende Entbindungen üblich sind (Besch. des preuß. Ministers des Innern vom 14. Dezember 1914 in Arb.Vers. 1915 S. 58). Die Bezahlung der berufsmäßigen Dienstleistungen der Hebammen richtet sich nach den im zuständigen Bundesstaat geltenden Bestimmungen über die Gebühren der Hebammen (Arb.Vers. 1915 S. 335 Ziff. 15 b) und zwar sind nach einer Bekanntmachung des Cölner Regierungspräsidenten vom 15. März 1915 die Sätze in Anrechnung zu bringen, welche für die Zahlung an Hebammen aus Staats-

fond gelten (Krankenvers. 1915 S. 53). Haben Krankenkassen die Einführung von Sachleistungen an Stelle der baren Leistungen der Kriegswochenhilfe beschlossen, so kann die Hebamme nur den Betrag fordern, der bei einer evtl. Vertragsschließung zwischen der Kasse und den Hebammen des Bezirks vereinbart worden ist (Arb.Vers. 1915 S. 456 Ziff. 7). Verläuft das Wochenbett anormal, so hat die selbstversicherte Wöchnerin Anspruch an ihre Krankenkasse auf Krankenhilfe, neben welcher der Entbindungskostenbeitrag unbeschränkt zu zahlen ist (ebenda 1915 S. 143 Ziff. 7a) und zwar auch dann, wenn die Kasse gemäß § 193 Abs. 3 RVO. das halbe Krankengeld gewährt (ebenda 1916 S. 94 Ziff. 4).

Der Anspruch auf die Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden findet seine rechtliche Ursache lediglich in dem Vorliegen einer Beschwerde verursachenden Schwangerschaft (Arb.Vers. 1915 S. 504 Ziff. 18); ob es dann zu einer eigentlichen Niederkunft kommt oder ob eine Fehlgeburt eintritt, ist unwesentlich (Arb.Vers. 1915 S. 455 Ziff. 5). Die Fehlgeburt als solche bildet allerdings nach einem Bescheid des Reichsamts des Innern vom 25. Juni 1915 (ebenda 1915 S. 564) keine Schwangerschaftsbeschwerde; als Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden können nur die der Fehlgeburt selbst vorangegangenen Bemühungen des Arztes oder der Hebamme angesehen werden, die aus Anlaß normaler Schwangerschaftsbeschwerden zu ihrer Behebung und zur Vermeidung von Komplikationen notwendig werden (ebenda 1915 S. 264 Ziff. 15b; S. 431 Ziff 9). Darüber hinausgehend hat das Versicherungsamt Hamburg in einer Entscheidung vom 4. November 1915 (ebenda 1916 S. 9.), die Fehlgeburt selbst, da sie keine Entbindung im Sinne der Krankenversicherung bilde, als krankhafte Erscheinung im Verlauf der Schwangerschaft erachtet und für die nach eingetretener Fehlgeburt ärztlicherseits vorgenommene Auskratzung der Gebärmutter die Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden zugebilligt (vgl. auch ebenda 1915 S. 598 Ziff. 2c). Wie weit es sich allerdings gegebenenfalls noch um Schwangerschaftsbeschwerden oder schon um die beginnende Geburt handelt,, wird von Fall zu Fall Sache der ärztlichen Beurteilung sein (ebenda 1915 S. 335 Ziff. 15a). Hat eine Kasse von dem Rechte der Gewährung von Sach- an Stelle der Barleistungen Gebrauch gemacht, so steht ihr nach einer Entscheidung des Oberversicherungsamts Schleswig vom 16. Dezember 1915 (Ortskrankenkasse 1916 S. 149) im Gegensatz zu der Wöchnerin, die nur die wirklichen Aufwendungen bis zu 10 M. erhalten kann, der volle Pauschsatz von 10 M. für jeden einzelnen Fall zu.

Wochengeld und Stillgeld als die laufenden Leistungen der Kriegswochenhilfe entsprechen den als Regel- bezw. Mehrleistung schon in der Wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung eingeführten Leistungen. Die Dauer des Bezuges beider Leistungen sollte nach einem im Gegensatz zu der teilweise in der Literatur vertretenen und auf die Praxis der Reichsversicherungsordnung gegründeten Anschauung befindlichen Bescheide des Reichsamts des Innern vom 19. Dezember 1914 (Ortskrankenkasse 1915 S. 37) ausdrücklich auf acht bezw. zwölf Wochen, d. h. auf 56 bezw. 84 Tage beschränkt bleiben. Das Reichsversicherungsamt hat jedoch in der Grundsätzlichen Entscheidung 2108 vom 20. Sept. 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 757; Arb.Vers. 1915 S. 779) ausgesprochen, daß das Wochengeld der Kriegswochenhilfe ebenso wie dasjenige der Reichsversicherungsordnung auf 57 Tage zu gewähren sei. Folgerichtig beläuft sich dann die Dauer des Stillgeldes auf 85 Tage (Arb. Vers. 1916 S. 168 Ziff. 10a), wie das Oberversicherungsamt Oppeln bereits in einer Entscheidung vom 22. Juni 1915 (Betriebskrankenkasse 1915 S. 140) festgestellt hatte. Trotz dieser Entscheidung des Reichsversicherungsamts hält jedoch das Reichsamt des Innern nach einem Bescheide vom 16. Febr. 1916 (Arb.Vers. 1916 S. 253) weiter daran fest, daß Stillgeld nur auf 84 Tage gewährt werden könne. Auch vertrat es nach einem

Erlaß des preuß. Ministeriums des Innern vom 7. Februar 1916 (Arb.Vers. 1916 S. 231) anscheinend zunächst den Standpunkt, daß eine sinngemäße Anwendung der Entscheidung des Reichsversicherungsamts auf die Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 nicht zulässig sei. Nunmehr hat es jedoch die Auslegung des Reichsversicherungsamtes auch für die Lieferungsverbände als bindend erklärt (Arb.Vers. 1916 S. 330). Wie es eigentlich selbstverständlich ist, kann die Wöchnerin einen Anspruch auf Stillgeld nur dann erheben, wenn sie selbst das Neugeborene stillt (Bescheid des Reichsamts des Innern vom 26. April 1915 in Krankenvers. 1915 S. 81).

Entsprechend dem Wochengeld der Reichsversicherungsordnung kann auch das Kriegswochengeld für zwei Wochen vor der Niederkunft gezahlt werden, so daß bei alsbald nach der Niederkunft erfolgendem Tode der Wöchnerin aus dieser Vorzahlung eine Beanstandung nicht erfolgen kann (Arb.Vers. 1915 S. 501 Ziff. 1 c).

Eine besondere Schwierigkeit bereitete die Berechnung des Kriegswochengeldes in den Fällen, in welchen es neben dem von einer Krankenkasse zu gewährenden Wochengeld der RVO. in Betracht kommt. Hier bestimmten Bescheide des Reichsamts des Innern vom 10. Dezember 1914 und vom 2. Juli 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 10 und S. 564), daß der Mindestsatz des Kriegswochengeldes 7 M. für die Woche ist, daß also nur in den Fällen eine Erhöhung auf Reichskosten Platz greift, in welchen die Gesamtsumme des täglichen Wochengeldes der Kasse unter dem Betrage von 7 M. für die Woche bleibt (vgl. ebenda 1916 S. 95 Ziff. 7). Auch können höhere Leistungen, die satzungsgemäß für einen Teil der Wochenhilfezeit gewährt werden, nach einem Bescheide des Reichsamts des Innern vom 20. Dezember 1914 (Versicherungsbote 1915 S. 69) nicht auf Leistungen anderer Art angerechnet werden;; ob dies bei gleichartigen Leistungen möglich ist, erscheint zum mindesten zweifelhaft.

Entsprechend dieser Auslegung richtet sich nach einem Erl. der preuß Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft vom 22. Mai 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 735) auch der **Ersatzanspruch der Krankenkassen an das Reich.** Der Ersatzanspruch geht grundsätzlich auf alle Leistungen mit Ausnahme des satzungsmäßigen Wochengeldes. Es muß daher auch das Stillgeld bis zum Betrage von 50 Pf. täglich ersetzt werden, das die Kasse etwa auf Grund der Satzung an die selbstversicherte Wöchnerin eines Kriegsteilnehmers gewährt (Arb.Vers. 1915 S. 671 Ziff. 6). Was die Ersatzberechnung des Wochengeldes bei Leistungen der Kriegswochenhilfe an nach § 195 RVO. anspruchsberechtigte Wöchnerinnen von Kriegsteilnehmern betrifft, so hat das Oberversicherungsamt Karlsruhe in einer Entscheidung vom 29. Januar 1916 (ebenda 1916 S. 174) sich dafür ausgesprochen, daß maßgebend für den Ersatz das in der Kalenderwoche geleistete satzungsmäßige Wochengeld ist und daß, falls dieses unter dem Betrag von 7 M. in der Woche bleibt, der Rest vom Reiche zu ersetzen ist. Auch die nach § 205 Ziff. 2 RVO. auf Grund der von der Kasse eingeführten Familienhilfe geleisteten Wochenhilfe muß die Kasse selbst tragen, so daß Ersatz nur hinsichtlich eines evtl. Differenzbetrages zwischen dem Familienwochengeld und dem Kriegswochengeld beansprucht werden kann (ebenda 1916 S. 161 Ziff. 7). Für die an Stelle der Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden beschlossene Gewährung der Sachleistung kann nach einer Entscheidung des Oberversicherungsamts Schleswig vom 16. Dezember 1915 (Ortskrankenkasse 1916 S. 150) in jedem Einzelfall der Pauschbetrag von 10 M. angefordert werden; jedoch muß auch tatsächlich Schwangerschaftsbeihilfe geleistet worden sein und berechtigt, wie eine Entscheidung des Oberversicherungsamts Offenburg vom 7. Oktober 1915 (Krankenvers. 1915 S. 182) ausführt, nicht bereits jeder Wochenhilfefall zur Anforderung der 10 M.

Wieweit bei Vorlegung der Nachweisungen in den von den Wöchnerinnen zu fordernden Belegen gegangen werden kann, ergibt sich

aus einer Entscheidung des Knappschafts-Schiedsgerichts Breslau (Betriebskrankenkasse 1915 S. 186).

Das Zusammentreffen von Kriegswochenhilfe mit Ansprüchen an Krankenkassen führte zu der Streitfrage, ob im Falle des anormalen Verlaufes von Entbindungen oder des Erkrankens der Wöchnerin während des Wochenbettes Kriegswochengeld neben dem evtl. von der Krankenkasse zu gewährenden Krankengeld zu gewähren ist. Das Reichsamt des Innern hat in einem Bescheide vom 5. Oktober 1915 (Arb. Vers. 1915 S. 799) ausgesprochen, daß für die Beurteilung dieser Frage § 195 Abs. 3 RVO. maßgebend sei (vgl. ebenda 1915 S. 360 Ziff. 12; S. 545). Gleichzeitig äußert es sich dahin, daß bei einem satzungsmäßigen höheren Krankengeld als 1 M. für den Tag, stets dieses höhere Krankengeld zu gewähren ist, daß aber die Kasse an das Reich einen Ersatzanspruch von täglich 1 M. erheben kann (a. A. hinsichtlich des Erstattungsanspruches Arb.Vers. 1915 S. 360 Ziff. 12; S. 431 Ziff. 10). Wie Wochengeld durch Krankengeld abgegolten wird, so tritt selbstredend bei Krankenhauspflege durch die Kasse die Wochengeldgewährung, gleichgültig auf Grund welcher Bekanntmachung sie erfolgt, außer Wirksamkeit (ebenda 1915 S. 622 Ziff. 1). Im Gegensatz hierzu ist Stillgeld auch bei Anstaltspflege zu gewähren (ebenda 1915 S. 528 Ziff. 11 b), wie überhaupt nach einer Auskunft des Reichsschatzamts vom 22. Dezember 1914 das Stillgeld durch Sachleistungen nicht ersetzt werden kann (Betriebskrankenkasse 1914 S. 249; 1915 S. 4).

Besondere Streitfragen entwickelten sich aus der Beurteilung der Gewährung der Kriegswochenhilfe bei Mehrgeburten. Das Reichsamt des Innern vertritt nach einem Bescheide des Reichsversicherungsamts vom 26. Juli 1915 (Arb. Vers. 1915 S. 692) den Standpunkt, daß doppelte Leistungen der Kriegswochenhilfe bei Mehrgeburten ausgeschlossen sein sollen (vgl. ebenda 1915 S. 215 Ziff. 1). Dem wurde verschiedentlich entgegengehalten (vgl. ebenda 1915 S. 503 Ziff. 10; S. 598 Ziff. 2b), daß auf jeden Fall das Stillgeld bei Mehrlingen für jedes gestillte Kind zu zahlen sei. In der Rechtsprechung vertrat das Versicherungsamt Frankfurt in einer Entscheidung vom 4. Oktober 1915 (Ortskrankenkasse 1915 S. 803), das Oberversicherungsamt Minden in einer Entscheidung vom 12. Okt. 1915 und das Oberversicherungsamt Detmold in einer Entscheidung vom 12. November 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 848) sowie die Oberversicherungsämter Cassel und Gotha in Rundschreiben vom 23. September und 22. November 1915 (Krankenvers. 1915 S. 197) diesen Standpunkt, während sich eine Entscheidung des Versicherungsamts Offenbach-Land (Ortskrankenkasse 1915 S. 546) der Anschauung des Reichsamts des Innern anschloß. Dem Streite der Meinungen wurde durch die Grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2149 vom 20. November 1915 (Amtl.Nachr. 1916 S. 324; Arb.Vers. 1916 S. 253) insoweit ein Ende bereitet, als dieses nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 bei Mehrlingsgeburten einen Anspruch auf mehrfache Gewährung des Stillgeldes als gegeben erachtet. Trotzdem hält das Reichsamt des Innern nicht nur in dem oben bereits erwähnten Bescheide vom 16. Febr. 1916, sondern auch in einem weiteren Bescheide vom 2. März 1916 (Betriebskrankenkasse 1916 S. 82) wenigstens für den Vollzug der Bekanntmachung vom 23. April 1915 an seiner abweichenden Meinung fest (vgl. aber Arb.Vers. 1916 S. 330).

Die Verordnungen über die Kriegswochenhilfe sind erst im Laufe des Krieges in Kraft getreten. In Verbindung mit der nicht ganz glücklichen Fassung des § 10 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 ergaben sich nun Zweifel, wieweit die Leistungen der Wochenhife auch für die vor den Tagen des Inkrafttretens erfolgten Entbindungsfälle zu gewähren sind. Der preußische Minister des Innern hat sich bereits in einem Bescheide vom 14. Dez. 1914 (Arb.Vers. 1915 S. 58) gegen eine

rückwirkende Ausdehnung der Bekanntmachung ausgesprochen. Das Reichsamt des Innern ist dieser Anschauung in einem Bescheide vom 14. Januar 1915 (Betriebskrankenkasse 1915 S. 9) beigetreten. In der Grundsätzlichen Entscheidung 2073 vom 28. Juni 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 639; Arb.Vers. 1915 S. 684) hat das Reichsversicherungsamt unter Billigung dieses Standpunkts und im Anschluß an einen Bescheid des Reichsamts des Innern vom 19. Dezember 1914 (Versicherungsbote 1915 S. 70) sich dahin ausgesprochen, daß bei Wochenhilfefällen vor dem 3. Dezember 1914 nur mehr Wochengeld und Stillgeld für den am 3. Dezember 1914, vom Tage der Entbindung ab gerechnet, noch nicht abgelaufenen Teil der 8 oder 12 Wochen zu zahlen sei. Im Gegensatz hierzu nimmt das Oberversicherungsamt Gera in einer Entscheidung vom 7. August 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 685) den Standpunkt ein, daß der Entbindungskostenbeitrag auch bei Geburten vor dem 3. Dezember 1914 zu gewähren ist, sobald nur nach diesem Tage noch Sachleistungen (Hilfe von Arzt, Hebamme, Arzneigewährung) erfolgen, zu deren Abgeltung der Entbindungskostenbeitrag bestimmt ist. Diese Anschauung wird allerdings in einem Bescheide des Reichsamts des Innern vom 30. Oktober 1915 ausdrücklich als irrtümlich bezeichnet (Arb.Vers. 1915 S. 779). In gleicher Weise ist die Frage der Gewährung der einzelnen Leistungen nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 zu beurteilen (ebenda 1915 S. 550 Ziff. 5; S. 743 Ziff. 1), wobei jedoch zu beachten ist, daß diese Bekanntmachung erst am 24. April 1915 in Kraft trat (ebenda 1915 S. 455 Ziff. 4).

Hat eine Krankenkasse (Lieferungsverband) irrtümlich Reichswochenhilfe geleistet, so steht ihr nach den Grundsätzen über die ungerechtfertigte Bereicherung Ersatzanspruch an den Empfänger zu (Arb.Vers. 1916 S. 22 Ziff. 3). Ebenso kann sie bei erschlichener Kriegswochenhilfe ihre Leistungen zurückfordern (ebenda 1915 S. 696 Ziff. 11).

Für die Ersatzansprüche aus der Kriegswochenhilfe gilt folgendes: Sind Krankenkassen auf Grund der Reichsversicherungsordnung leistungspflichtig, so bleibt es bei den Bestimmungen der § 1531 ff. RVO.; dies ergibt sich auch aus einer Entscheidung des Oberversicherungsamts Liegnitz vom 5. Februar 1916 (Arb.Vers. 1916 S. 223). Wieweit bei Leistungspflicht des Reiches der Ersatzanspruch nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung oder nach § 62 des Unterstützungswohnsitzgesetzes geltend zu machen ist (vgl. ebenda 1915 S. 551 Ziff. 11) ist durch die Rechtsprechung noch nicht geklärt.

Die Postsendungen von oder an Reichs-, Staats- und Gemeindebehörden in Ausführung der Bekanntmachungen über die Reichswochenhilfe sind nach einer Bekanntmachung des Reichspostamtes vom 18. Dezember 1915 (Arb.Vers. 1916 S. 200) und des Bayer. Verkehrsministeriums vom 31. Dezember 1915 („Archiv für Reichsversicherung" 1916 S. 52) portofrei. Dagegen sind die übrigen den Krankenkassen erwachsenden Kosten Verwaltungskosten (ebenda 1915 S. 624 Ziff. 10); hierzu zählen u. a. auch die Kosten der Krankenkassen für die Ueberwachung des Selbststillens der Wöchnerinnen (ebenda 1915 S. 168 Ziff. 17; 1916 S. 335 Ziff. 8).

Neben diesen, allen drei Bekanntmachungen über die Kriegswochenhilfe gemeinsamen Gesichtspunkten, hat sich die Auslegung auch noch mit Fragen zu beschäftigen gehabt, die ausschließlich in den speziellen Vorschriften der einzelnen Verordnungen begründet waren. Auch hier finden sich jedoch, soweit es sich um die Gewährung von Leistungen an Wöchnerinnen handelt, die selbst Mitglieder einer Krankenkasse sind, da und dort Punkte, die teilweise eine für sämtliche Bekanntmachungen in Betracht kommende Gültigkeit beanspruchen können.

a) §§ 1 bis 7 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 und §§ 4 bis 7 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915.

Nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 ist der Anspruch auf Kriegswochenhilfe

bekanntlich in der Zugehörigkeit des Ehemannes der Wöchnerin zu einer Krankenkasse begründet und zwar wird in Anlehnung an ähnliche Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung gefordert, daß der Ehemann der Wöchnerin vor seinem Eintritt in die Kriegsdienste entweder in den vorangegangenen 12 Monaten 26 Wochen oder unmittelbar vorher 6 Wochen gegen Krankheit versichert war. Diese vorgängige Versicherung muß nicht, wie es nach der Fassung der Bekanntmachung („auf Grund der Reichsversicherungsordnung") zu sein scheint, erst in der Zeit nach dem 1. Januar 1914 zurückgelegt sein, sondern es gilt auch die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse vor dem 1. Januar 1914, auch wenn diese Kasse wie z. B. die Gemeindekrankenversicherungen mit dem 31. Dezember 1913 aufgelöst worden ist (Arb.Vers. 1915 S. 143 Ziff. 10 b; S. 864 Ziff. 11); dasselbe trifft bei eingeschriebenen Hilfskassen zu, die etwa nicht als Ersatzkassen zugelassen worden sind (ebenda 1915 S. 743 Ziff. 3). Wenn allerdings die Berufsgruppe, welcher der Ehemann angehört, erst mit dem Inkrafttreten des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig wurde, so muß in sinngemäßer Anwendung der Grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts 1989 vom 22. Februar 1915 Amtl. Nachr. 1915 S. 429; Arb.Vers. 1915 S. 661) die Wartezeit erst nach dem 1. Januar 1914 erfüllt und vollständig zurückgelegt worden sein. Wenn auch „Kriegsdienste" erst nach Kriegsausbruch geleistet werden können, so ist es doch nicht erforderlich, daß die Wartezeit gerade in dem Jahre erfüllt wird, das dem Beginn der eigentlichen Kriegsdienstleistung vorangeht. Zahlreiche Kriegsteilnehmer sind bereits vor Ausbruch des Krieges zur Ableistung ihrer Militärpflicht einberufen worden und waren vorher gegen Krankheit versichert. Das Reichsamt des Innern vertritt in einem Bescheide vom 9. März 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 326) den Standpunkt, daß auch Ehefrauen solcher Kriegsteilnehmer wochenhilfeberechtigt sind, wenn nur der Ehemann vor Eintritt in den Militärdienst die Wartezeit erfüllt hat. Dieser Anschauung trat in der Grundsätzlichen Entscheidung 2084 vom 12. Juli 1915 auch das Reichsversicherungsamt bei (Amtl. Nachr. 1915 S. 662; Arb.Vers. 1916 S. 36).

Die dem Beginn der Kriegsdienstleistung vorangehende sechswöchige Kassenmitgliedschaft muß nicht unmittelbar vor dem Eintritt in den Heeresdienst abschließen. Wenn auch nach einem Bescheide des Reichsamts des Innern vom 1. Januar 1915 (Versicherungsbote 1915 S. 58) die nach der Mobilmachung eingetretene Erwerbslosigkeit nicht dem Versichertsein gleichsteht, so regen doch weitere Bescheide des Reichsamts des Innern vom 13. Mai und 31. Juli 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 735) eine wohlwollende Auslegung namentlich in den Fällen an, in welchen das Versicherungsverhältnis gerade mit Rücksicht auf den Eintritt in den Kriegsdienst bereits kurz vorher gelöst wurde. Das Versicherungsamt Fürth-Land hat in dieser Beziehung in einer Entscheidung (Krankenvers. 1915 S. 39) einen versicherungsfreien Zeitraum von 6 Tagen als unerheblich für die unmittelbar vorausgehende sechswöchige Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse angesehen.

Mannigfache Zweifel verursachte die Beurteilung der Frage, wann ein Kriegsteilnehmer als „gegen Krankheit versichert" im Sinne der ersten beiden Bekanntmachungen über die Wochenhilfe zu gelten habe. In dieser Beziehung wurde auf Grund der Grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2072 vom 28. Juni 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 638) der Ehefrau eines Kriegsteilnehmers, der als landwirtschaftlicher Arbeiter ohne Anspruch auf Barleistungen gegen Krankheit versichert war (§ 420 RVO.), die Kriegswochenhilfe zuerkannt (vgl. auch Arb.Vers. 1915 S. 120 Ziff. 12). Ist der Ehemann gemäß §§ 169 ff. RVO. von der Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse befreit, so wird seiner Ehefrau ein Anspruch auf Kriegswochenhilfe nicht zuzubilligen sein, da ja hier eine tatsächliche „Versicherung gegen Krankheit" nicht be-

standen hat (Arb.Vers. 1915 S. 264 Ziff. 15 a).

Die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse berechtigt zu einem Anspruch auf Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nur dann, wenn der Ehemann gleichzeitig nach der Reichsversicherungsordnung versicherungs**pflichtiges** Mitglied einer Krankenkasse ist. Diesen Grundsatz hat das Reichsversicherungsamt in der Grundsätzlichen Entscheidung 2074 vom 12. Juli 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 641 in Uebereinstimmung mit einem Bescheide des Reichsamts des Innern vom 21. Dezember 1914 (Krankenvers. 1915 S. 3) ausgesprochen. Dieselbe Ansicht wurde auch vom Versicherungsamt Schöneberg in einer Entscheidung vom 9. Juli 1915 (Ortskrankenkasse 1915 S. 683) vertreten, während eine Entscheidung des Versicherungsamts Hamburg vom 22. Februar 1915 auch den Ehefrauen von versicherungsberechtigten Mitgliedern der Ersatzkassen Kriegswochenhilfe schon zu einer Zeit zubilligt (Arb.Vers. 1915 S. 229; vgl. auch ebenda 1915 S. 142 Ziff. 5, S. 167 Ziff. 12)), als diese Frage gesetzlich noch nicht geklärt war. Dies ist nunmehr durch § 20 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 geschehen und haben in den dort näher bestimmten Grenzen ab 24. April 1915 auch versicherungsberechtigte Mitglieder von Ersatzkassen einen Anspruch auf Wochenhilfe (vgl. auch Arb.Vers. 1915 S. 360 Ziff. 9).

Als Ehefrauen von Kriegsteilnehmern können Wöchnerinnen erst vom Tage der Eheschließung an Anspruch auf Kriegswochenhife erheben. Sind dann die einschlägigen Fristen noch nicht abgelaufen, so steht ihnen von diesem Tage an noch Anspruch auf Wochengeld und Stillgeld nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 zu; einen nachträglichen Anspruch auf die ganze Wochenhilfe nach dieser Bekanntmachung schafft die Eheschließung nicht (Arb.Vers. 1915 S. 790 Ziff. 2; 816 Ziff. 11 b; 1916 S. 192 Ziff. 10).

Erhält eine selbstversicherte, aber nicht nach § 195 RVO. wochenhilfeberechtigte Wöchnerin auf Grund der Kassenzugehörigkeit ihres Ehemannes Kriegswochenhilfe, so wird sie dadurch nicht wegen Arbeitsunfähigkeit von der Weiterentrichtung ihrer Beiträge nach § 383 Abs. 2 RVO. befreit; denn diese Bestimmung gilt nur, wenn die Kasse aus eigener Pflicht Leistungen zu gewähren hat (Arb.Vers. 1915 S. 479 Ziff. 2). Unterläßt daher eine freiwillig fortversicherte Ehefrau eines Kriegsteilnehmers wegen Bezug des Kriegswochengeldes die Beitragsentrichtung, so kann sie unter Umständen ihrer Mitgliedschaft verlustig gehen.

Hat eine Krankenkasse von der ihr in § 4 der Bekanntmachung eingeräumten Ermächtigung Gebrauch gemacht und **an Stelle der Barleistungen freie Behandlung** durch Arzt oder Hebamme treten lassen, so wirkt dieser Beschluß auch insoweit zwingend, daß Wöchnerinnen die evtl. beschlossene Wöchnerinnenheimpflege ablehnen können, um sich den Anspruch auf die baren Leistungen zu erhalten (Arb.Vers. 1915 S. 167 Ziff. 11). Hat die Kasse auf Grund Satzungsbestimmung nur einen Teil der durch die Bekanntmachung vom 3. Dez. 1914 eingeführten Leistungen z. B. nur die Arzthilfe beim Geburtsakt in Form der Sachleistung gewährt und einen Beschluß nach § 4 der Bekanntmachung hinsichtlich der anderen Leistungen nicht gefaßt, so muß sie nach einem Bescheide des preuß. Ministers des Innern vom 14. Dez. 1914 (ebenda 1915 S. 58), falls sie den Beschluß nicht erläßt, für die weiteren Arzt- und Hebammendienste nach Maßgabe der tatsächlich erfolgten Aufwendungen bis zu 25 M. in bar leisten.

Es ist aber nicht erforderlich, daß der Beschluß über die Einführung von Sach- an Stelle der Barleistungen sowohl den einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung, wie die Beihilfe bei Schwangerschaftsleistung umfaßt; vielmehr kann nach einem Bescheide des Reichsamts des Innern die eine Leistung in Natur, die andere in bar gewährt werden (Versicherungsbote 1915 S. 68).

Die Fassung des § 5 der Bekanntmachung

bot Zweifel hinsichtlich der Zuständigkeit der Versicherungsämter zur Prüfung der Nachweisungen über die Kriegswochenhilfe. Das Reichsamt des Innern erachtet grundsätzlich nur die Versicherungsämter, und zwar das Versicherungsamt für zuständig, in dessen Bezirk der Sitz, bei Ersatzkassen der Hauptsitz der Kasse liegt (Bescheide vom 24. Juni und 14. Juli 1915 in Arb.Vers. 1915 S. 537). Dies hat hinsichtlich der Knappschaftskassen auch das Bayer. Landesversicherungsamt in einem Beschlusse vom 12. Oktober 1915 (Mitteilungen des Bayer. Landesversicherungsamtes 1915 S. 178) ausgesprochen. Beanstandet das Versicherungsamt die Nachweisung, so kann das im Beschwerdeweg angegangene Oberversicherungsamt nach der Grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2136 vom 4. Dezember 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 817; Arb.Vers. 1916 S. 111) die Sache nicht im Wege des § 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgeben.

Die Leistungen der Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 sind primär durch die Kasse des Ehemannes, und zwar durch diejenige zu gewähren, welcher der Ehemann zur Zeit der Entstehung des Anspruchs, nicht diejenige, welcher er z. Zt. der Niederkunft angehört (Arb.Vers. 1915 S. 573 Ziff. 3b). Wo die Wöchnerin selbst einer Krankenkasse angehört, ist eine gegenseitige Verständigung beider Kassen nötig. Wohnt nun die Wöchnerin zur Zeit der Niederkunft nicht am Sitze der Kasse des Ehemannes, so kann diese Kasse nach einem Bescheide des Reichsamts des Innern vom 8. Februar 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 186), dem sich in einem Erlasse vom 8. Juni 1915 (ebenda 1915 S. 469) auch die preuß. Minister für Handel usw. und der Finanzen anschlossen, mit der Kasse des Wohnorts der Wöchnerin im Sinne des § 219 RVO. eine Vereinbarung treffen, daß diese Kasse vorschußweise die Leistungen der Wochenhilfe auszahlt. Eine Pflicht zu dieser Aushilfe, wie sie das Oberversicherungsamt Düsseldorf aus § 219 Abs. 2 RVO. ableiten zu können glaubt (Ortskrankenkasse 1915 S. 123), besteht bei der Kriegswochenhilfe ebensowenig, wie eine Pflicht zur Rechtshilfe nach den §§ 115, 116 RVO. Sie kann nur da in Frage kommen, wo es sich um Leistungen der Kassen auf Grund der Reichsversicherungsordnung handelt, bei der Kriegswochenhilfe also nur dann, wenn sie gemäß § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 zu gewähren ist.

Streit über die Leistungen der Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 wird im Spruchverfahren entschieden. Entstehen hierbei Kosten der Versicherungsämter und der Oberversicherungsämter, so greifen nach einem Erlasse der preuß. Minister für Handel, für Finanzen und des Innern vom 24. Juni 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 536) die §§ 59 Abs. 2, 80 Abs. 2 RVO. nicht Platz, wenn es sich lediglich um Vermittlung von Leistungen des Reichs handelt.

b) § 8 und 9 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 und § 8 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915.

Die Gewährung der Leistungen der Kriegswochenhilfe gemäß § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 zu Lasten der Krankenkassen selbst, gab verschiedentlich zu Zweifeln Anlaß. Es erregte vor allem Bedenken, ob Wöchnerinnen, die gemäß §§ 420 bis 423, 425 RVO. oder gemäß § 215 Abs. 2 RVO. keinen Anspruch auf Krankengeld und andere Barleistungen besitzen, nunmehr die übrigen Leistungen der Reichswochenhilfe erhalten können. Diese Frage wurde ursprünglich mit Rücksicht darauf verneint, daß hier ja kein Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO. gegeben sei (Arb.Vers. 1915 S. 120 Ziff. 12; S. 719 Ziff. 6; 840 Ziff. 14). Das Reichsamt des Innern vertritt jedoch in einem Bescheide vom 26. April 1915 (ebenda 1915 S. 393) den Standpunkt, daß das Gewicht weniger auf das Vorliegen eines Anspruchs auf Wochengeld nach § 195 RVO., als darauf zu legen sei, daß die Wöchnerin

die in § 195 RVO. geforderten Voraussetzungen hinsichtlich ihres Versichertseins im Jahre vor der Niederkunft erfüllt hat; es billigt daher diesen Wöchnerinnen unter Wegfall des Wochengeldes die übrigen Leistungen der Kriegswochenhilfe zu. Ist die Wöchnerin selbst nach § 169 RVO. versicherungsfrei und steht ihr gegen den Arbeitgeber ein vertraglich vereinbarter Anspruch auf Wochengeld zu, so bleibt dieser Anspruch neben dem ihr etwa als Ehefrau eines versichert gewesenen Kriegsteilnehmers gegen die Krankenkasse ihres Ehemannes zustehenden Anspruch auf Kriegswochengeld bestehen (Arb.Vers. 1915 S. 840 Ziff. 14).

Wöchnerinnen, die wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausscheiden und nun innerhalb drei Wochen entbinden, können nach einem Bescheide des Reichsamts des Innern vom 1. Januar 1915 (Versicherungsbote 1915 S. 69; Min. Entsch. des Bayer. Ministeriums des Innern vom 28. Oktober 1915 in Bayer. Staatsztg. 1915 Nr. 256 vom 3. Nov. 1915) aus § 214 RVO. keinen Anspruch auf Wochenhilfe nach § 8 der Bekanntmachung erheben. Für sie bleibt es bei den gewöhnlichen, in Friedenszeiten üblichen Kassenleistungen.

Gewährt eine Krankenkasse satzungsgemäß ärztliche Geburtshilfe und Hebammendienste und ist ihr die Gewährung dieser Mehrleistungen für Kriegsdauer genehmigt worden, so kann sie nicht mit Rücksicht darauf, daß die Wöchnerin als Ehefrau eines Kriegsteilnehmers nur Anspruch auf eine solche Beihilfe in Höhe von 25 M. hat, ihre Leistung auf diesen Betrag beschränken; sie muß vielmehr ihre satzungsmäßige Leistung auch gewähren, wenn hierdurch der Betrag von 25 M. überschritten wird (Arb.Vers. 1916 S. 48 Ziff. 6).

Die Leistung der Wochenhilfe nach § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 hat zu Lasten der Kasse so lange zu erfolgen, bis einer der Gründe für die Gewährung der Wochenhilfe zu Lasten des Reiches eintritt. Dies wird vor allem bei unehelichen Wöchnerinnen praktisch, die bisher nicht die Reichsfamilienunterstützung erhalten haben und nun später den Kriegsdienste leistenden Kindsvater heiraten. Hier tritt die Ersatzpflicht des Reichs erst vom Tage der Eheschließung an ein (Arb.Vers. 1915 S. 815 Ziff. 11 b). Der an sich schon strittige Uebergang des Anspruchs der Wöchnerin gegen den unehelichen Kindsvater auf die Kasse ist hinsichtlich der Leistungen der Kriegswochenhilfe auf jeden Fall zu verneinen (Arb.Vers. 1915 S. 166 Ziff. 6; 1916 S. 142 Ziff. 1).

Wechselt eine nach § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 berechtigte Wöchnerin innerhalb der Bezugsfristen der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so muß die neue Kasse die weitere Leistung gemäß § 212 RVO. übernehmen (Arb.Vers. 1915 S. 312 Ziff. 1). Sie erhält allerdings hierfür auf Grund § 197 RVO. mit § 9 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 einen Ersatzanspruch an die Kassen, denen die Wöchnerin im letzten Jahre vor der Niederkunft angehört hat (ebenda 1915 S. 670 Ziff. 2; 672 Ziff. 12; 715; 1916 S. 48 Ziff. 2 a). Der Teilungsanspruch erstreckt sich nicht nur auf das Wochen- und Stillgeld, sondern auch auf den Beitrag zu den Kosten der Entbindung und auf die Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden (ebenda 1915 S. 863 Ziff. 5). Da dies nur für die „Leistungen" d. h. für die baren Aufwendungen der leistenden Kasse gilt, so kann sie bei evtl. Gewährung von Sachleistungen nicht eine entsprechende Entschädigung aus den 25 M. bezw. den 10 M., sondern nur aus den ihr wirklich durch die Sachleistung erwachsenen Kosten fordern (ebenda 1916 S. 72 Ziff. 24; 262 Ziff. 4).

Die Leistungen nach § 8 sind zwar ohne Unterschied sowohl In- wie Ausländern zu gewähren. Man wird aber dem Zwecke der Verordnung nach annehmen müssen, daß Angehörigen feindlicher Staaten die besonderen Leistungen zu verweigern und ihnen nur die Leistungen nach § 195 RVO. zu gewähren sind (Arb.Vers. 1915 S. 143 Ziff. 6).

Der durch die Einführung der Mehrleistungen nach § 8 drohenden starken Be-

lastung und Störung des geldlichen Gleichgewichts der Kassen wird bekanntlich durch eine nach § 9 geregelte erleichterte Darlehnsgewährung einigermaßen vorgebeugt. Auf diese Darlehen finden nach Bescheiden des Reichsversicherungsamts vom 28. Dezember 1914 (Arch. f. Reichsvers. 1915 S. 18) und vom 16. Januar 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 389) die Bestimmungen der §§ 26, 27, 1356 RVO. über die Anlage der Vermögen der Landesversicherungsanstalten keine Anwendung. Einem Wunsche der Krankenkassen, ihnen die Tragung der auferlegten Mehrleistungen durch ganze oder teilweise Uebernahme auf Reichskosten zu erleichtern, vermag das Reichsamt des Innern nach einem Bescheide vom 8. Februar 1916 (Arb.Vers. 1916 S. 254) gegenwärtig nicht näher zu treten.

c) Die Bekanntmachung vom 23. April 1915.

Die Bundesratsbekanntmachung vom 23. April 1915 erstreckt das Recht auf Kriegswochenhilfe auf alle Ehefrauen von Kriegsteilnehmern, die minderbemittelt sind. Damit verläßt sie den Kreis der durch die Einberufung zum Heeresdienst aus ihrem bürgerlichen Leben gerissenen Personen und umfaßt nach einem Bescheide des preuß. Ministers des Innern vom 11. Oktober 1915 (Arb. Vers. 1915 S. 754) ebenso die Ehefrauen von Berufssoldaten und Kapitulanten. Sie bringt dann auch insofern eine Erweiterung und gleichzeitig eine Erleichterung der Belastung der Krankenkassen, als sie ihnen die Wochenhilfe an Mütter unehelicher Kinder insoweit abnimmt, als für das uneheliche Kind die Familienunterstützung gewährt wird (Arb.Vers. 1915 S. 502 Ziff. 6; 792 Ziff. 13; 1916 S. 191 Ziff. 5; 261 Ziff. 2). Wird diese nicht gewährt, so kann nicht gemäß § 2 Abs. 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 geprüft werden, ob die Mutter des Kindes nur über ein Einkommen unter 1500 M. verfügt und demgemäß als minderbemittelt zu gelten hat. Denn die Beurteilung der Minderbemitteltheit nach dem Einkommen ist nur bei Ehefrauen zulässig (ebenda 1916 S. 216 Ziff. 10). Für uneheliche Kinder kommt es lediglich auf die Gewährung der Familienunterstützung an, die ihrerseits wieder die Anerkennung der Vaterschaft seitens des Kindsvaters voraussetzt. Wo diese fehlt, hat die Kasse keinen Ersatzanspruch. Sie hat keine Handhabe zum Zwecke der Herbeiführung ihres Ersatzanspruches auf den Kindsvater einen Druck in der Richtung auszuüben, daß er die Vaterschaft anerkenne. Ebensowenig kann sie nach einer Entscheidung des Oberversicherungsamtes Dresden vom 27. Dezember 1915 (Arb.Vers. 1916 S. 226) die Auszahlung des Wochengeldes von der Nennung des Namens des außerehelichen Schwängeres abhängig machen. Da die Familienunterstützung selbst bei Vorliegen der Vaterschaftsanerkenntnis dann unmöglich ist, wenn eine Totgeburt vorliegt oder das Kind alsbald nach der Geburt stirbt, so wäre in zahlreichen Fällen eine Gewährung der Kriegswochenhilfe an uneheliche Wöchnerinnen unmöglich. Um die hierin liegende Unbilligkeit zu vermeiden, gestattet ein Bescheid des Reichsamts des Innern vom 27. September 1915 (ebenda 1915 S. 779) die Gewährung der Kriegswochenhilfe dann, wenn alle Voraussetzungen für die Gewährung der Familienunterstützung im Falle des Lebens oder Weiterlebens des Kindes gegeben gewesen sind.

Die Gewährung der nach den §§ 16 ff. der Bekanntmachung vom 23. April 1915 eingeführten einmaligen Unterstützung ist nach einem Bescheide des Reichsamts des Innern vom 16. November 1915 (Betriebs-Krankenkasse 1916 S. 16) für Entbindungen vor Kriegsausbruch ausgeschlossen, und zwar auch dann, wenn Teile der Fristen für das Wochen- und Stillgeld noch nach Kriegsausbruch fallen. Anderseits ist aber nach einer Entschließung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 7. Dezember 1915 Arb.Vers. 1916 S. 202, Bayer. Staatsztg. vom 12. Dezember 1915 Nr. 290) bei Gewährung der einmaligen Unterstützung nicht allzu zurückhaltend zu verfahren. Der-

selbe Erlaß setzt auch im Einverständnis mit dem Reichsamt des Innern und im Gegensatz zu der zumeist vertretenen Auffassung, daß zuständig für den Antrag auf Kriegswochenhilfe und auf einmalige Unterstützung derjenige Lieferungsverband ist, der auch die Reichsfamilienunterstützung gewährt (vgl. Krause Kriegswochenhilfe II S. 48 f.), die Zuständigkeit desjenigen Lieferungsverbandes fest, in dessen Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin zur Zeit der Antragstellung liegt.

Schluß folgt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des Reichskanzlers betreffend Festsetzung der Ortslöhne.

Vom 3. Juli 1916 (RGBl. S. 658).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

Die Frist, für welche die erstmalige Festsetzung der Ortslöhne im ganzen Reiche gilt (§ 151 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung), wird bis zum Schlusse des Kalenderjahres verlängert, das dem Jahre folgt, in welchem der gegenwärtige Krieg beendet ist.

Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

B. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Krankenversicherung bei Ersatzkassen.

Vom 5. Juli 1916 (RGBl. S. 655).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. Aug. 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Bestimmt die Satzung einer Ersatzkasse (§ 503 ff. RVO.), daß bei Diensteintritt in das Heer oder die Marine die Mitgliedschaft von selbst oder auf Anordnung eines Kassenorgans erlischt, ruht oder nur unter Minderung der Kassenleistungen oder Erhöhung der Beiträge fortbesteht, so haben Personen, die während des gegenwärtigen Krieges dem Reiche oder einer ihm verbündeten Macht Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten, gleichwohl, vorbehaltlich des § 3, Anspruch auf Fortsetzung ihrer vollberechtigten Mitgliedschaft. Der Anspruch wird durch Antrag beim Vorstand der Ersatzkasse geltend gemacht.

Voraussetzung ist, daß der Antragsteller

1. bis mindestens zum Diensteintritte Mitglied der Ersatzkasse war und
2. beim Diensteintritte nach §§ 313, 314 RVO. berechtigt war, Mitglied einer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse zu bleiben.

§ 2. Wer dem zur freiwilligen Versicherung oder Weiterversicherung bei einer Krankenkasse nach der Reichsversicherungsordnung berechtigten Personenkreis angehört, genügt der Voraussetzung des § 1 Abs. 2 Nr. 2 auch dadurch, daß er bis zum Diensteintritte mindestens ein Jahr hindurch ununterbrochen einer Ersatzkasse oder teils einer Kranken-, teils einer Ersatzkasse angehört hat.

Für die Zeit vor der inzwischen erfolgten Zulassung einer Hilfskasse als Ersatzkasse gilt die Mitgliedschaft bei ihr derjenigen bei einer Ersatzkasse gleich.

§ 3. Der Vorstand der Ersatzkasse kann die hiernach Berechtigten bis zu ihrer Rückkehr in die Heimat auf eine niedrigere Mitgliederklasse beschränken. Gehörten sie bis zum Diensteintritte zu den auf Grund der Reichsversicherung versicherungspflichtigen Personen, so gilt § 507 Abs. 1 RVO. entsprechend mit der Maßgabe, daß als Krankenkasse des Versicherten diejenige gilt, welcher er vor dem Diensteintritte zuletzt angehört hat.

Im übrigen gilt der Wiedereintritt in die Mitgliedschaft nicht als neuer Beitritt.

§ 4. Der Antrag nach § 1 Abs. 1 ist nur

binnen drei Wochen nach dem Diensteintritt oder, falls der letztere bereits vor der Verkündung dieser Vorschriften erfolgt ist, binnen drei Monaten nach dem Verkündungstage zulässig.

Er wirkt vom Eingang der ersten satzungsmäßigen Beitragszahlung bei der Ersatzkasse ab.

§ 5. Der Antragsteller muß auf Verlangen der Ersatzkasse sich einer ärztlichen Untersuchung unterwerfen; diese wird von der Ersatzkasse veranlaßt. Ist der Antragsteller beim Eingang der ersten Beitragszahlung (§ 4) bereits erkrankt, so hat er für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistungen nach § 1.

§ 6. Die Versicherung nach § 1 erlischt, wenn für den Berechtigten zweimal nacheinander am Zahltag die Beiträge nicht entrichtet und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind.

§ 7. Ausgeschiedene Mitglieder von Ersatzkassen, welche die im § 1 bezeichneten Dienste geleistet haben und den Voraussetzungen des Abs. 2 daselbst genügen, sind nach der Rückkehr in die Heimat auf Antrag in ihre Ersatzkasse wieder aufzunehmen.

Ihr Wiedereintritt in die Mitgliedschaft gilt nicht als neuer Beitritt.

§ 8. Der Antrag ist nur binnen sechs Wochen nach der Rückkehr in die Heimat zulässig.

Für Personen, die vor der Verkündung dieser Vorschrift zurückgekehrt sind, beginnt die sechswöchige Frist mit dem Verkündungstage. Gewährte ihnen die Satzung ihrer Ersatzkasse für den Wiedereintritt unter sonst gleichen oder günstigeren Bedingungen bereits eine mindestens dreiwöchige Frist, so läuft für sie keine neue Frist.

§ 9. Für den Wiedereintritt gilt § 5 entsprechend.

Der Antrag wirkt vom Eingang beim Vorstand der Ersatzkasse ab.

§ 10. Soweit Satzungsbestimmungen einer Ersatzkasse diesen Vorschriften entgegenstehen, haben sie den danach Berechtigten gegenüber keine Wirkung. Einer Satzungsänderung auf Grund dieser Vorschriften bedarf es nicht.

Satzungsbestimmungen, die für die Versicherten günstiger sind, bleiben, vorbehaltlich der Vorschrift des § 6 unberührt.

§ 11. Hat die Satzung einer Ersatzkasse eine Wartezeit für Leistungen bestimmt, so ruht während der Leistung der Dienste (§ 1) der Fristenlauf für die Angehörigen des im Eingang des § 2 bezeichneten Personenkreises.

Ist die Wartezeit bereits erfüllt, so bedarf es nicht der Zurücklegung einer neuen Wartezeit. Die Zeit, für welche die Beiträge weiter gezahlt werden, wird auf die Wartezeit angerechnet.

§ 12. Diese Vorschriften treten mit dem Tage der Verkündung in Kraft. Der Bundesrat bestimmt den Tag des Außerkrafttretens.

Anmerkung: Die Verkündung dieser Verordnung ist erfolgt durch Ausgabe des Reichs-Gesetzblatts (Nr. 152) zu Berlin am 7. Juli 1916. Mit diesem Tage also sind die Vorschriften in Kraft getreten.

Amtlich werden dazu die nachstehenden Erläuterungen gegeben:

Die Reichsversicherungsordnung ist bei der Zulassung von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit als „Ersatzkassen" grundsätzlich davon ausgegangen, daß diese ihre versicherungspflichtigen Mitglieder nicht nur wegen des Anspruchs auf Kassenleistungen, sondern auch in ihrem ganzen Versicherungsverhältnis überhaupt im allgemeinen nicht schlechter stellen dürfen, als es die reichsgesetzlichen Krankenkassen mit ihren Mitgliedern tun. Sie hat aber indes keinen allgemeinen Vorbehalt gemacht, wonach spätere gesetzliche Vorschriften, die den Mitgliedern der Krankenkassen neue Vergünstigungen bringen, ohne weiteres auch für die versicherungspflichtigen Ersatzkassenmitglieder zu gelten hätten. Eine Ausdehnung auf diese muß daher, wo sie angezeigt ist, jedesmal besonders vorgeschrieben werden.

Nun ist alsbald bei Ausbruch des gegenwärtigen Krieges Vorsorge dafür getroffen worden, daß den Mitgliedern der Krankenkassen aus ihrer Teilnahme am Kriege keine Nachteile hinsichtlich der Fortsetzung und Wiederaufnahme ihres Versicherungsverhältnisses sowie hinsichtlich einer bei diesem etwa vorgeschriebenen Wartezeit erwachsen. Für die Ersatzkassen sind ähnliche Vorschriften bisher nicht ergangen; eine unmittelbare Uebertragung jener Regelung auf sie war und ist deshalb nicht angängig, weil diese Verhältnisse hinsichtlich der bei den Ersatzkassen stets freiwilligen Mitgliedschaft sich mit denen bei den Krankenkassen nicht decken, wo für die Pflichtversicherung, die Weiterversicherung und die freiwillige Versicherung je besondere Vorschriften bestehen.

Die Satzungen vieler Ersatzkassen schreiben für den Fall des Eintritts eines Mitglieds in den Heeres- oder Marinedienst zum Teil vor, daß die Mitgliedschaft erlischt, zum Teil, daß sie ruht. Andere Satzungen legen für diesen Fall dem Vorstand das Recht bei, dem einzelnen Mitglied gegenüber dieses Erlöschen oder Ruhen seiner Mitgliedschaft auszusprechen. Andere Satzungen haben, teilweise eben aus Anlaß dieses Krieges, für die zum Kriegsdienst eingezogenen Mitglieder die Fortdauer eines beschränkten Versicherungsverhältnisses, so eine Versicherung nur auf Sterbegeld, unter entsprechender Ermäßigung der Beiträge zugelassen. Wo die Mitgliedschaft erlischt, gestaltet sich der Wiedereintritt nach Rückkehr aus dem Kriegsdienst regelmäßig nicht so leicht wie es bei den Krankenkassen der Fall ist. Der § 505 RVO. läßt den Ersatzkassen für die Zurückweisung solcher schlechter oder zweifelhafter Wagnisse, wie es die zurückgekehrten Kriegsteilnehmer zum großen Teile sind, einen weiteren Spielraum. Die damit geschaffene ungleiche Behandlung gegenüber den Krankenkassenmitgliedern widerspricht dem obenerwähnten Grundsatz der Reichsversicherungsordnung, wie es gleichzeitig dem allgemeinen Empfinden widerstreben müßte, wenn es zugelassen bliebe, daß unsere Kriegsteilnehmer dauernden Rechtsnachteil aus dem Ablauf der Zeit erlitten, während

deren sie ihrer vaterländischen Pflicht vor dem Feinde genügen.

Die erwähnten Ungleichheiten schädigen aber auch die Krankenkassen. Die versicherungspflichtigen Ersatzkassenmitglieder, auch wenn sie den Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten gemäß § 517 stellen, sind nach wie vor zugleich Mitglieder ihrer reichsgesetzlichen Krankenkasse. Fällt die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse weg, so verliert damit gleichzeitig der Antrag auf Ruhen der Mitgliederrechte und -Pflichten seine Wirkung. Behält daher der aus der Ersatzkasse Ausscheidende seine bisherige versicherungspflichtige Beschäftigung bei, so leben seine Rechte und Pflichten als Mitglied der Krankenkasse in vollem Umfang wieder auf. Scheidet er aber gleichzeitig aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus, so kann er unter den gleichen Voraussetzungen wie alle sonstigen Mitglieder seine Weiterversicherung bei der Krankenkasse gemäß § 313 RVO. beanspruchen. Ebenso steht ihm seiner bisherigen Krankenkasse gegenüber das Recht zum Wiedereintritt in die Krankenversicherung nach § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 oder nach § 1 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 zu. In allen diesen Fällen müssen also die Krankenkassen das mit der Weiter- oder Wiederversicherung der Kriegsteilnehmer verbundene schlechtere Wagnis den Ersatzkassen abnehmen, obwohl nicht ihnen, sondern den letzteren bis dahin die Beitragsleistung für den Versicherten größtenteils zugute gekommen war.

In diesem Zustand liegt eine offensichtliche Unbilligkeit gegen die Krankenkassen, aus deren Kreisen dagegen denn auch schon lebhaft Beschwerde geführt worden ist.

Die vorstehende Bekanntmachung sucht nun hier den nötigen Ausgleich zu schaffen, indem sie den Ersatzkassen nach der besprochenen Richtung hin grundsätzlich die gleichen Verpflichtungen auferlegt, welche den Krankenkassen bereits obliegen. Die andere Fassung sowie einige sachlich wenig erhebliche Abweichungen sind durch die besonderen Verhältnisse der Ersatzkassen bedingt.

Von den Ersatzkassen, die vor Erlaß dieser Verordnung gehört wurden, wurde im allgemeinen die Notwendigkeit anerkannt, den zurückkehrenden Kriegsteilnehmern den Wiedereintritt in das Versicherungsverhältnis in der beabsichtigten Weise zu gewährleisten. Bedenken begegnete bei einem Teile der Gehörten die Einräumung des Rechtes, die Versicherung während der Kriegsteilnahme fortzusetzen, im Hinblick auf die den Ersatzkassen daraus vermutlich erwachsende stärkere Kostenlast. Diesen Bedenken konnte entgegengehalten werden, daß eine stärkere Anspannung der Mittel wohl eintreten werde, das müßten sich aber die Krankenkassen in gleicher Weise gefallen lassen. Zudem würde die Mehrlast sich dadurch voraussichtlich wesentlich erträglicher gestalten, daß die Krankenpflege der Kriegsteilnehmer ganz überwiegend von der Heeresverwaltung ohne Rückgriff auf den Versicherungsträger übernommen werde. Damit entfalle für den letzteren ein sehr beträchtlicher Teil der Unterstützungskosten, während ihm die Beiträge für den Versicherten gleichwohl in voller Höhe zufließen. Auch konnte eine Anzahl von Einzelwünschen, welche die Ersatzkassenvertreter aussprachen, berücksichtigt werden.

Zu den einzelnen Bestimmungen der Bekanntmachung, die sich in den §§ 1 bis 6 mit der Weiterversicherung während der Kriegsteilnahme, in den folgenden Paragraphen mit dem Wiedereintritt in die Versicherung nach der Rückkehr in die Heimat und im § 11 mit der Wartezeit für die Leistungen befaßt, ist noch folgendes zu bemerken.

Zu § 1. Diese Vorschrift soll nicht etwa diejenigen Kriegsteilnehmer, welche nach der Verfassung ihrer Ersatzkasse in der Lage waren, die Versicherung in vollem Umfang fortzusetzen, dies indessen nicht getan haben, in die Lage versetzen, nunmehr das Versäumte nachzuholen. Vielmehr will sie nur denen helfen, welchen ohne ihr Verschulden die Ersatzkasse jenes Recht entzogen oder verkürzt hat. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die Satzung selbst die Rechtsschmälerung allgemein vorschreibt oder dem Ermessen des Vorstandes oder eines sonstigen Kassenorgans überläßt. Wer zwar nicht ausscheiden, aber sich mit eingeschränkten Kassenleistungen begnügen mußte, soll die vollberechtigte Weiterversicherung verlangen dürfen sowohl dann, wenn er vom Rechte solcher Teilversicherung Gebrauch gemacht hat, als auch, wenn er aus der Mitgliedschaft ganz ausgeschieden ist. Das gleiche würde gelten, wenn etwa eine Satzung die Weiterversicherung den Kriegsteilnehmern zwar gestatten sollte, aber nur unter der Bedingung einer erhöhten Beitragszahlung.

Die Weiterversicherung überhaupt oder gegebenenfalls die Weiterversicherung unter Wiederheraufsetzung auf die vollen Mitgliederrechte wird nur auf Antrag gewährt. Gibt die Satzung die Möglichkeit einer beschränkten Weiterversicherung, so kann derjenige, welcher hiervon Gebrauch gemacht hat, es dabei belassen. Das Ersatzkassenmitglied kann auch nach Inkrafttreten dieser Verordnung, statt von dieser Gebrauch zu machen, in die beschränkte Versicherung eintreten, vorausgesetzt, daß es den von der Kasse dafür gestellten Voraussetzungen zu genügen vermag. Ebenso ist es den Ersatzkassen unbenommen, eine solche beschränkte Weiterversicherung auch fernerhin noch neu einzuführen; nur darf in keinem Falle dem Kriegsteilnehmer das Recht beschränkt werden, das ihm aus dieser Verordnung zusteht.

Das Recht zur Antragstellung ist — außer an die Eigenschaft als Kriegsteilnehmer — im Abs. 2 des § 1 an zwei Voraussetzungen geknüpft. Einmal muß der Verlust oder die Schmälerung der Mitgliederrechte im ursächlichen Zusammenhange mit dem Diensteintritte stehen; der Weiterversichernde darf daher die Mitgliedschaft bei seiner Ersatzkasse nicht schon vorher aufgegeben haben. Das Wort „mindestens" in Nr. 1 des Abs. 2 trägt dem Umstand Rechnung, daß das Ausscheiden aus der Mitgliedschaft auch erst nach dem Diensteintritte veranlaßt sein kann, so wenn die entsprechende Bestimmung der Satzung erst später eingeführt sein, oder wenn der Vorstand der Kasse von seinem Rechte gegen das Mitglied erst später Gebrauch gemacht haben sollte; im weiteren sind damit die Fälle gedeckt, in denen der Kriegsteilnehmer mit eingeschränkten Mitgliederrechten bei der Kasse verblieben ist. Sodann aber muß der Antragsteller im Augenblick des Diensteintritts die Bedingungen erfüllen, die ihm das Recht zur Fortsetzung seiner Versicherung auch bei denjenigen Kassen gewährt hätten, an deren Stelle er die Ersatzkasse benutzt. Denn gerade darauf geht ja nach dem oben Gesagten die Absicht dieser Vorschriften — und darauf beschränkt sie sich auch —, denjenigen Mitgliedern von Er-

satzkassen, welche zugleich den Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung unterstehen, die ihnen durch die reichsgesetzliche Krankenversicherung gebotenen Vorteile zu erhalten. Erforderlich ist daher, daß der Betreffende vor dem Diensteintritt in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse stand und in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen auf Grund der reichsgesetzlichen Krankenversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse versichert war. Die versicherungspflichtige Beschäftigung und mit ihr die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse muß im Hinblick auf die Frist des § 313 Abs. 2 mindestens bis drei Wochen vor dem Diensteintritt angedauert haben. Ob die eigenen Rechte und Pflichten des Antragstellers bei seiner Krankenkasse nach § 517 RVO. geruht haben oder nicht, ist ohne Einfluß. Daneben kommen auch diejenigen in Betracht, die der Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse schon beim Diensteintritt auf Grund der Versicherungsberechtigung angehörten. Deren Zahl dürfte aber sehr gering sein, da eine gleichzeitige freiwillige Versicherung bei einer Krankenkasse und bei einer Ersatzkasse wohl nur selten stattfindet.

Zu § 2. Die Erweiterung des Berechtigtenkreises, die § 1 Abs. 2 Nr. 2 durch diesen Paragraphen erfährt, ist auf ganz ähnliche Erwägungen zurückzuführen wie der § 20 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257), dem auch der Wortlaut der Vorschrift nachgebildet ist. In Betracht kommt namentlich, daß die Mitgliedschaft bei den Ersatzkassen, die vom Stellenwechsel und zeitweiliger Erwerbslosigkeit nicht beeinflußt wird, abweichend von der Mitgliedschaft bei Krankenkassen regelmäßig längere Zeit ununterbrochen fortgesetzt zu werden pflegt. Der Nachweis des hier geforderten einen Jahres ist daher meist viel leichter zu erbringen als derjenige der im § 313 RVO. geforderten sechs Monate. Die Vorschrift bildet also einen gewissen billigen Ausgleich und bedeutet zugleich für die Ersatzkassen eine geschäftliche Erleichterung. Abs. 2 trägt, wie im § 20 a. a. O., dem Umstand Rechnung, daß die Ersatzkassen noch bis in die hier maßgebliche Zeit hinein als eingeschriebene Hilfskassen tätig waren.

Zu § 3. Die hier zugelassene Beschränkung entspricht einem von den Ersatzkassen geäußerten Wunsche. Die Vorschrift des Abs. 1 bildet eine Ausnahme von der im Abs. 2 gegebenen Regel. Wegen der letzteren wird auf die Erläuterungen zu § 7 verwiesen.

Zu § 4. Daß dem Antrag nicht schon von seinem Eingang beim Vorstand ab Wirkung beigelegt wird, entspricht einem Wunsche der Ersatzkassen. Es soll dem Berechtigten nicht überlassen werden, sich durch die Antragstellung alsbald Rechte gegen die Ersatzkasse zu verschaffen, die Erfüllung seiner Verpflichtungen gegen sie aber hinauszuschieben. Deshalb muß zunächst wenigstens durch die erste Zahlung des Beitrags der ernstliche Wille des Antragstellers, seinen Pflichten nachzukommen, dargetan sein. Eine Ergänzung findet diese Vorschrift in derjenigen des § 6 wegen Wiedererlöschens der Versicherung bei säumiger Beitragszahlung.

Ist der Antragsteller Mitglied geblieben und beansprucht er nur die volle Wiederherstellung seiner gekürzten Mitgliederrechte, so hängt nur der Beginn der *erhöhten* Rechte vom Eingang des ersten — gegebenenfalls entsprechend höheren — Beitrags ab.

Zu § 5. Da die Fassung des § 1 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 von einem Rechte der Krankenkassen ausgeht, eine ärztliche Untersuchung zu veranlassen, ist hier von einer Pflicht des Antragstellers die Rede, sich einer von der Kasse veranlaßten Untersuchung zu unterziehen. Der Unterschied der Ausdrucksweise soll nur dem Umstand Rechnung tragen, daß hier wo der Antragsteller sich meistens im Felde befindet, die Kasse vielfach nicht in der Lage sein wird, ihre Absicht einer ärztlichen Untersuchung zu verwirklichen. Ob eine Krankheit zu der Zeit, wo der Antrag wirksam wurde, d. h. beim Eingang des ersten Beitrags, bereits bestand, muß die Kasse dann im Streitfall auf andere Weise zu beweisen suchen. In keinem Falle wird die Wirkung der ersten Beitragszahlung durch die Anordnung der Untersuchung hinausgeschoben.

Zu § 6. Zur Verhütung einer mißbräuchlichen Ausbeutung der Versicherung ist es angemessen, die Weiterdauer der neuerworbenen Rechte von einer ausreichend pünktlichen Beitragszahlung abhängig zu machen. Die Ersatzkassen werden auch in dieser Hinsicht den Krankenkassen gleichgestellt, indem die Vorschrift des § 6 mit einer gleichlautenden im § 314 RVO. übereinstimmt.

Zu § 7. Diese Vorschrift bezieht sich im Gegensatz zu denen der vorangehenden Paragraphen auf alle Ersatzkassen nach § 503 ff. RVO. nicht nur auf diejenigen, welche den Kriegsteilnehmern bei Fortsetzung der Versicherung satzungsmäßige Schwierigkeiten in den Weg gelegt haben. Dementsprechend kommt sie auch denen zugute, die während des Kriegsdienstes die Fortsetzung der Versicherung nach eigenem Willen oder infolge eigenen Verschuldens unterlassen haben. Ein zweiter Unterschied liegt darin, daß hier nicht die Zeit in Frage steht, in der die Kriegs-, Sanitäts- und ähnlichen Dienste geleistet werden, sondern die Zeit nach der Rückkehr in die Heimat. Es handelt sich dabei um die Ausdehnung der im § 3 des Notgesetzes vom 4. August 1914 und im § 1 der Bekanntmachung vom 28. Jan. 1915 für die Krankenkassen getroffenen Regelung auf die Ersatzkassen.

Nach § 505 Abs. 1 RVO. darf eine Ersatzkasse Versicherungspflichtigen den Beitritt dann nicht versagen, wenn sie dem Personenkreis angehören, für den die Kasse nach ihrer Satzung errichtet ist. Diese Vorschrift sichert bereits einem großen Teile der hier in Betracht kommenden Personen das Recht des Wiedereintritts in ihre alte Kasse nach der Rückkehr in die Heimat. Allein sie erfaßt keineswegs den ganzen, in den §§ 1 und 2 näher umschriebenen Kreis der Kriegsteilnehmer, deren Beziehungen zur Ersatzkasse diese Vorschriften begünstigen wollen. So sind damit außer einem großen Teile der im § 2 behandelten Gruppe diejenigen nicht gedeckt, die zwar vor dem Diensteintritte versicherungspflichtig arbeiteten, eine solche Beschäftigung aber nach dem Kriege nicht wieder aufnehmen oder infolge Uebertritts zu einer versicherungspflichtigen Tätigkeit anderer Art aus dem Personenkreise herausfallen, für den die Ersatzkasse bestimmt ist. Um diesen die Wiederaufnahme in die alte Versicherung zu gewährleisten, bedurfte es einer besonderen Anordnung.

Eine weitere Vorsorge trifft Abs. 2 dieses Paragraphen, und zwar nicht nur für die zuletzt, sondern auch für die ersterwähnten Berechtigten. Das infolge der Kriegsteilnahme ausgeschiedene Mitglied wird durch Abs. 2 von allen den Nachteilen befreit, denen neubeitretende Versicherungspflichtige nach §§ 505 Nr. 3, 506, 507 RVO. nicht Versicherungspflichtige durch die Satzung unterworfen werden können, soweit sie nicht etwa, wie Lebensalter und Gesundheitszustand beim erstmaligen Eintritt in die Kasse, schon sein Versicherungsverhältnis vor dem Diensteintritte beeinflußt haben. Die neue Versicherung gilt eben als die unmittelbare Fortsetzung des durch den Diensteintritt unterbrochenen Versicherungsverhältnisses. Ist die Versicherung schon während der Kriegsteilnahme auf Grund des § 1 wieder aufgenommen worden, so fällt mit der Rückkehr in die Heimat die nach § 3 Abs. 1 veranlaßte Herabsetzung in der Mitgliederklasse weg. Uebrigens ist die Zeit der früheren Mitgliedschaft auf die zweijährige Dauer der Mitgliedschaft im Sinne des § 512 RVO. anzurechnen.

Zu § 9. Von dem Zurückgekehrten kann die Ersatzkasse die Beiträge leichter einziehen als von dem noch im Kriegsdienst Befindlichen. Demgemäß fällt hier der besondere Grund des § 4 Abs. 2 weg, die Wirkung des Antrags von der ersten Beitragszahlung abhängig zu machen.

Zu § 10. Für die Frage, ob Satzungsbestimmungen dem Berechtigten günstiger sind, sind die betreffenden Bestimmungen in ihrem Zusammenhang als Ganzes maßgebend. So würde z. B. der Berechtigte sich für Geltendmachung eines ihm nach diesen Vorschriften gegebenen günstigeren Rechtes nicht auf eine in der Satzung bestimmte längere Frist berufen können. Ebensowenig kann dem Ausschluß aus der Mitgliedschaft nach § 6 entgegengehalten werden, daß die Satzung für die Zahlung der Beiträge eine längere Frist offen läßt oder vor dem Ausschluß noch ein Mahnverfahren vorsieht. Um alle in letzterer Beziehung möglichen Zweifel auszuschließen, ist wegen der Geltung des § 6 auch gegenüber günstigeren Satzungsbestimmungen hier noch ein ausdrücklicher Vorbehalt gemacht worden.

Zu § 11. Hier wird die Vorschrift des § 2 des Notgesetzes vom 4. August 1914 übernommen. Der Paragraph gilt sowohl für die Fälle der §§ 1 ff., als für diejenigen der §§ 7 ff. Seine Vergünstigung umfaßt den ganzen Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten. Eine engere Umgrenzung ist hier, wo lediglich die Erfüllung einer regelmäßig nur kurzen Wartezeit in Frage steht, nicht angezeigt.

Sprechsaal.

Zur Anwendung des § 1511 RVO. bei Vorleistung der Krankenkasse.

Im Heft 13 vom 1. Mai dieser Zeitschrift wird auf S. 309 unter Nr. 3 die Grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1915 mitgeteilt und in ihrem Zusammenhang mit der Auskunft im Jahrgang 1914 S. 725 Z. 4 besprochen. Die Entscheidung bezeichnet diese Auskunft auf den ihr unterliegenden Fall nicht für anwendbar. In meiner Veröffentlichung in der „Berufsgenossenschaft" 1915 S. 217 ff. hatte ich den gleichen Standpunkt wie die Redaktion der „Arbeiter-Versorgung" eingenommen und dies des näheren begründet.

Die neue Grundsätzliche Entscheidung vom 6. Dezember 1915 (Amtl. Nachr. 1916 Ziff. 2152 S. 359 und Arb.Vers. Heft 14 vom 11. Mai d. J. S. 327) erweckt leicht den Anschein, als ob unser gemeinsamer Standpunkt vom Reichsversicherungsamt nicht gebilligt werde. Das ist nicht der Fall. Sie wiederholt lediglich den Grundsatz der Revisionsentscheidungen vom 27. April 1904 (Amtl. Nachr. 1904 Ziff. 1141 S. 484) und vom 29. November 1905 (Amtl. Nachr. 1906 Ziff. 1242 S. 204), in welchen ausgesprochen wird, daß die Vorleistung eines Versicherungsträgers vor dem Anerkenntnis des anderen Versicherungsträgers dem Versicherten eine Erstattungspflicht nicht auferlege, wenn der vorleistende Versicherungsträger seine Leistung als selbständige Verpflichtung, als eine ihm pflichtgemäß obliegende wirkliche Last habe erfüllen müssen. In der Entscheidung vom 6. Dezember 1915 wird dies mit unzweifelhafter Folgerichtigkeit des weiteren dahin ausgeführt, daß die Satzungsbestimmungen gemäß § 1511 RVO. nur dann anzuwenden sind, wenn bereits eine Unfallentschädigung gewährt „wird". Solange dies nicht der Fall sei, müsse das Krankengeld voll gezahlt werden, gleichwie Invaliden- oder Hinterbliebenenrente voll zu zahlen sei, „bis die Unfallrente gewährt wird." Wird diese gewährt, so ist entsprechend dem, was bei Satzungsbestimmungen nach § 1511 RVO. für das Krankengeld gilt, nur der die Unfallrente übersteigende Betrag zu zahlen. Bis dahin liege eine „pflichtmäßige" Leistung der Krankenkasse im Sinne des § 1501 Abs. 2 a. a. O. vor und deshalb sei der Ersatzanspruch der Kasse gegen die Berufsgenossenschaft nach den §§ 1506, 1507 a. a. O. gerichtet. Die Satzungsbestimmung nach § 1511 kann also nur in dem Falle Platz greifen, daß die Krankenkasse nicht etwa vorgeleistet und damit eine eigene „pflichtmäßige" Leistung vollzogen hat. Die im § 1511 liegende Abweichung von den Grundsätzen der Reichsversicherungsordnung im § 1506 ist also nur dann gültig, wenn die Krankenkasse nicht schon vorgeleistet hat.

Die Entscheidung erklärt ferner ausdrücklich, daß es „dahingestellt bleiben könne, ob gleichwohl Satzungsbestimmungen nach § 1511 auch in den Fällen des § 1514 anzuwenden sind." Dies habe ich am Schlusse meiner Ausführungen in der „Berufsgenossenschaft" 1915 S. 217 ff. verneint. Ich vermute, daß das Reichsversicherungsamt die gleiche Ansicht hegt.

Nach allem diesem wird der von uns einge-

nommene Standpunkt über die Anwendung des § 1511 RVO. aufrecht erhalten werden können, jedoch mit der Einschränkung, daß die Kasse vor der Anerkennung und Feststellung der Leistungspflicht der Berufsgenossenschaft nicht selbst „pflichtmäßig" ihre eigene Leistungspflicht durch Vorleistung anerkannt und damit trotz Anwendung des § 1511 in ihren Satzungen sich auf den Boden der §§ 1501, 1506, 1507 RVO. gestellt hat. Die Entscheidung Ziff. 2152 hat also die Wirkung, daß sie dem Verletzten die begrenzte Doppelleistung auch beim § 1511 sichert, wenn sich durch Hindernisse bei der Unfalluntersuchung, dem Lohnnachweis, der ärztlichen Begutachtung u. dgl. m. die Feststellung der Unfallrente verzögert. Die Krankenkasse muß in dieser Zeit weiterleisten und kann trotz § 1511 später nur nach § 1506 abrechnen.

Noch eine andere Feststellung ist hier am Platze. Die Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 1501 besteht nur im Sinne der Krankenversicherung. Somit hat die Krankenkasse nur demjenigen Versicherten etwas zu leisten, der nach § 182 RVO. usw. im Sinne der Krankenversicherung noch arbeitsunfähig ist. Ist er vom Kassenarzte im Sinne der Krankenversicherung gesund geschrieben worden, so fehlt für § 1501 ff. die Unterlage.

Soweit der sachliche und rechtliche Inhalt der Grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1916 (Amtl. Nachr. 1916 Ziff. 2152).

Ungeachtet ihrer unbedingten Folgerichtigkeit kann ich nicht umhin auszusprechen, daß sie den tatsächlichen Vorgängen bei diesen Rentenfällen nicht Rechnung trägt. Wer in der Verwaltung der Unfallversicherung steht, wird wissen, daß es häufig garnicht möglich ist, den Uebergang einer Rentensache vom einen auf den anderen Versicherungsträger genau zu dem gesetzlichen Zeitpunkte durchzuführen. Es wird deshalb immer zu einer Vorleistung des einen oder anderen Versicherungsträgers kommen. Die Versicherungsträger sind zweifellos bisher auch immer der Ansicht gewesen, daß eine derartige Vorleistung einfach für Rechnung dessen, den es angeht, erfolge und keinerlei rechtliche Wirkungen für die Erstattungspflicht eines anderen Versicherungsträgers oder gar des Versicherten in sich schließe. Immerhin hat der eng juristische Maßstab, den das Reichsversicherungsamt diesen Verhältnissen anlegt, das eine Gute für die Versicherten im Gefolge, daß sie auch im Falle der Anwendung des § 1511 regelmäßig wenigstens eine Zeitlang die Doppelleistung nach § 1506 genießen, weil die Unfallrente selten beim Ende der Wartezeit schon gewährt wird. Damit wird die Wirkung des § 1511, der eine recht unerwünschte und unerfreuliche Beigabe der Reichstagskommission zur Reichsversicherungsordnung ist, häufig abgeschwächt. Wenn man der Ansicht huldigt, daß der Unfallverletzte während einer gewissen Zeit des Heilverfahrens eine höhere Rente erhalten soll, damit der Erfolg des Heilverfahrens gehoben werde, wird man den Wunsch haben, daß der § 1511 recht bald wieder aus der Reichsversicherungsordnung verschwindet. Bis dahin mag die Entscheidung vom 6. Dezember 1915 der praktischen Wirksamkeit des § 1511 entgegenarbeiten und auf diese Weise ihn daran hindern, den Erfolg des § 1506 im Heilverfahren in Frage zu stellen. Inwiefern das Mittel des § 1506 im falschen Zeitpunkte einsetzt, gedenke ich bei einer anderen Gelegenheit auszuführen.

Dr. Stein in Duisburg.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Ausstellung für soziale Fürsorge in Brüssel.

Infolge Erlasses des Generalgouverneurs in Belgien, Exzellenz v. Bissing, und unter dessen Ehrenvorsitz ist am 15. Juli in Brüssel eine Ausstellung für soziale Fürsorge eröffnet. Der Zweck der Ausstellung ist, den Besuchern die unmittelbaren und mittelbaren Ergebnisse der deutschen Sozialversicherung vor Augen zu führen. Die Ausstellungsgegenstände werden vorhandenen Sammlungen der Reichsversicherungsbehörden, der Eisenbahnpensionskasse und auserlesenen privaten Wohlfahrtssammlungen entnommen. Es wird bei der Anordnung und Aufstellung der Sammlungen Bedacht darauf genommen werden, daß die zur Schau gestellten Gegenstände in anregender Weise angeordnet sind. Das Ganze ist in vier Hauptabteilungen gegliedert: 1. Organisierung und Ergebnisse der Reichsversicherung, 2. Arbeiterwohnungen, 3. Volksseuchen, 4. Unfall-(Kriegsbeschädigten-)Fürsorge.

Die Bedeutung der Ausstellung liegt hauptsächlich darin, daß den Bewohnern des besetzten Landes gezeigt wird, in welcher umfassenden und gründlichen Weise in Deutschland für die Angestellten und Arbeiter gesorgt ist. Bekanntlich liegt die Sozialfürsorge gerade in Belgien recht tief danieder, so daß man hier auf eine nachhaltige werbende Wirkung des Gezeigten rechnen kann.

Mit der Durchführung der Ausstellungsarbeiten ist die Abteilung „Soziale Fürsorge" des belgischen Roten Kreuzes unter Leitung von Geheimrat Professor Dr. Pannwitz beauftragt. Der Arbeitsausschuß steht unter dem Vorsitz des Verwaltungschefs der Zivilverwaltung, Exzellenz v. Sandt. Das Gouvernement Brüssel hat für die Ausstellung den Lunapark, nahe dem Nordbahnhof, zur Verfügung gestellt.

An der Ausstellung beteiligt sich das Reichsversicherungsamt unter Vorsitz des Präsidenten Kaufmann, die Reichsversicherungsanstalt unter Vorsitz des Präsidenten Koch, das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose mit seiner Wanderausstellung und die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Angegliedert ist ein Kinotheater mit 1000 Sitzplätzen, in dem Anschauungsunterricht in angenehmster Form erteilt werden soll. Die vorgeführten Kinobilder werden in neuartiger Anordnung zwar ernste Belehrung vermitteln, diese aber mit Hilfe der kinomatographischen Technik äußerlich so ge-

stalten, daß die Zuschauer anziehende, ja oft humoristisch wirkende Bilder zu sehen bekommen. Ferner werden bei den Vorträgen und Vorführungen in dem Theater Sachverständige aller Stände und Berufe mitwirken. Der deutsche Text wird nach Bedarf auch vlamisch und französisch wiedergegeben. Die hauptsächlichsten Lehr- und Erfahrungssätze der sozialen Fürsorge werden auf Merkblättern in den drei Sprachen den Besuchern zur Verfügung gestellt.

Damit möglichst viel Belgier Gelegenheit haben, die Ausstellung zu sehen, werden die Eisenbahnen den Besuchern Fahrpreisermäßigungen gewähren. Die Ausstellung dauert vom 15. Juli bis zum 15. Oktober 1916.

Ein Bild des allmählichen Entwicklungsganges der Sozialversicherung in Belgien geben die Hefte 12 und 12a des unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner vom Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher herausgegebenen großen Sammelwerkes „Die Arbeiter-Versicherung im Auslande". Darin werden auf amtlichem Material beruhende zuverlässige Uebersichten veröffentlicht, denen sich Abdrucke der einschlägigen Gesetze und Verordnungen im Originaltext sowie in deutscher Uebersetzung, Tabellen, Statistiken, Tarife und Literaturnachweise anschließen (Verlag der „Arbeiter-Versorgung in Berlin-Lichterfelde).

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben

Befähigungsnachweis, insbesondere Prüfung zum Geschäftsführer einer Krankenkasse.

1. Nach Mannheim. Frage: Welchen Prüfungen (evtl. auch staatlichen) könnte sich ein 18jähriger gelernter Krankenkassenbeamter mit vierjähriger Mittelschulbildung und erfolgreich abgelegter Semesterprüfung über: „Soziale Versicherung" bei einer Handelshochschule unterziehen, die für Erlangung einer Geschäftsführerstelle als Befähigungsnachweis gelten würden? Ist eine in der Dienstordnung für die ersten Beamtengruppen vorgesehene Prüfung beim Oberversicherungsamt im Voraus und ohne Antrag einer Kasse zulässig?

Antwort: Die erste Frage läßt sich nicht allgemein beantworten, weil die Anforderungen an den Nachweis der Befähigung sich nach den Verhältnissen der einzelnen Kasse und den dadurch bedingten Aufgaben des Anzustellenden richten müssen. Was die zweite Frage betrifft, so steht das Gesetz der Zulässigkeit einer „im voraus und ohne Antrag einer Kasse", also auf bloße Meldung eines Anwärters zu veranstaltenden Prüfung nicht entgegen, aber wir bezweifeln, daß ein Oberversicherungsamt sich mit solchen Prüfungen befassen wird; eine Verpflichtung hierzu besteht selbstverständlich nicht.

Erstattungsanspruch des Armenverbandes gegen die Kasse, wenn diese Krankenhauspflege verweigert hat.

2. Nach Dinslaken. Antwort: Auch Ihr neues Vorbringen rechtfertigt Ihren Rechtsstandpunkt nicht. Die Entschließung eines Armenverbandes darüber, ob er einem erkrankten Hilfsbedürftigen Fürsorge in der Form der Krankenhausbehandlung zuteil werden lassen will, hängt lediglich von seinem eigenen pflichtmäßigen Ermessen, nicht aber davon ab, welche Stellung die Krankenkasse zu der Frage der Notwendigkeit der Krankenhauspflege einnimmt; und der Erstattungsanspruch des Armenverbandes nach §§ 1531 ff. RVO (wie früher nach § 57 KVG.) ist daher, ohne Rücksicht auf das der Kasse nach § 184 RVO. zustehende Wahlrecht begründet, wenn der Armenverband durch Gewährung der Krankenhauspflege seiner eigenen öffentlich-rechtlichen Pflicht genügt hat. Das ist schon sehr oft erörtert und von den Verwaltungsgerichten in ständiger Rechtsprechung anerkannt worden (vgl. z. B. Arb.Vers. 1907 S. 304 ff. und die dort angeführten Stellen). Wenn also in den vorliegenden Fällen der Armenverband sich von der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung überzeugt hat, so kann die Kasse seinem Erstattungsanspruch nicht entgegenhalten, daß diese Behandlung nach den Umständen nicht geboten gewesen sei; und ebensowenig kann sie die Hilfsbedürftigkeit durch den Hinweis auf ihre eigene Leistungspflicht sowie auf die des Arbeitgebers in Frage stellen, wenn weder sie selbst noch der Arbeitgeber Krankenhauspflege zu gewähren bereit war.

Zur Unfallversicherung von Eisenbahnbauarbeiten.

3. Nach Rothausen. Frage: Am 31. August 1887 erlitt ein Arbeiter einen Betriebsunfall bei einem Bahnbau von Soldau nach Neidenburg in Ostpreußen, an dessen Folgen er heute erneut krank und arbeitsunfähig ist. Welche Berufsgenossenschaft kam damals in Frage, oder bestand am 31. August 1887 noch keine Unfallversicherungspflicht für einen derartigen Betrieb?

Antwort: Nach dem im vollen Umfange am 1. Okt. 1885 in Kraft getretenen Unf.Vers.Ges. vom 6. Juli 1884 (vgl. Vrdg. v. 25. Sept. 1885 RGBl. S. 271) waren Bauarbeiter dieser Art noch nicht versicherungspflichtig. Sie sind erst durch § 1 Ziff. 1 des sogen. Ausdehnungsgesetzes v. 28. 5. 85, welches mit dem 1. Juli 1886 in Kraft trat (Vrdg. v. 24. Juni 1886 RGBl. S. 159), versicherungspflichtig geworden unter der

Voraussetzung, daß sie von der Eisenbahnverwaltung für eigene Rechnung ausgeführt wurden; als Versicherungsträger kam in diesem Falle das Reich oder der Staat oder, sofern es sich um eine Privatbahn handelte, die Privatbahn-Berufsgenossenschaft in Frage. Wenn aber die vorerwähnte Voraussetzung nicht zutrifft, so war die fragliche Bauarbeit am 31. Aug. 1887 noch nicht unfallversichert. Denn das Bau-Unf.Vers.Ges. v. 11. Juli 1887, welches die nicht schon na chden bisherigen Gesetzen versicherten Arbeiter bei Bauten der Unfallversicherung unterstellte, ist erst mit dem 1. Januar 1888 in Kraft getreten (Vrdg. v. 26. Dezember 1887, RGBl. S. 537).

Kriegswochenhilfe bei verminderter Arbeitsfähigkeit des entlassenen Kriegers.

4. Nach K.-Rm. Frage: Eine Wöchnerin ist am 31. Januar 1916 niedergekommen und hat Antrag auf Zahlung der Kriegswochenhilfe gestellt. Ihr Ehemann war am 6. August 1914 zum Kriegsdienst eingezogen, ist aber am 1. Nov. 1915 infolge Verwundung aus dem Heeresdienst entlassen worden und kann nur noch mit leichten Arbeiten beschäftigt werden. Seine Erwerbsfähigkeit ist um mindestens 1/3 herabgesetzt. Mitglied unserer Kasse sind beide Eheleute. Besteht ein Anspruch auf Gewährung der Reichswochenhilfe und nach welcher Verordnung?

Antwort: Nach § 1 Bek. vom 3. Dez. 1914 (Arb.Vers. S. 833) kann Kriegswochenhilfe nicht beansprucht werden. Dort ist sie davon abhängig gemacht, daß der entlassene Kriegsteilnehmer infolge Verwundung an der Ausübung einer Erwerbstätigkeit verhindert ist. Das ist aber der Ehemann in dem geschilderten Falle nicht; denn er erwirbt noch durch seine Arbeit, seine Arbeitsfähigkeit ist also nicht aufgehoben, sondern nur beschränkt und das genügt nicht. Wohl aber steht der Wöchnerin, da sie selbst versichert ist, die Kriegswochenhilfe auf Grund des § 8 der erwähnten Bekanntmachung zu.

Krankengeld bei landwirtschaftlichen Unfällen.

5. Nach Lörrach. Antwort: An sich muß auch bei landwirtschaftlichen Betriebsunfällen die Krankenkasse das Krankengeld für die satzungsmäßige Dauer, also in der Regel für 26 Wochen zahlen. Indessen kann sie für das Krankengeld aus der Unfallrente bis zu derem halbem Betrage Ersatz beanspruchen, also da diese von der 14. Woche ab nach dem Unfall zu gewähren ist, im allgemeinen für die Zeit von der 14. Woche ab (§§ 1506, 558 Ziff. 2, 930 RVO.). Dagegen wird in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung der Unfallzuschuß zum Krankengeld nicht gewährt, § 573 Abs. 2 RVO. ist nicht für anwendbar erklärt.

Kassenzugehörigkeit der in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Lehrer.

6. Nach Heppenheim. Antwort: Auch die Lehrer an einer Schule gehören in die Landkrankenkasse, wenn sie in die häusliche Gemeinschaft des Unternehmens aufgenommen sind, mag dieses auch auf Erwerb gerichtet sein. Eine häusliche Gemeinschaft ist aber auch bei Erwerbsinstituten möglich, und die Verordnung vom 23. Mai 1914 (Arb.Vers. 1914 S. 401), welche die in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Lehrer und Erzieher der Landkrankenkasse zuweist, macht keinen Unterschied zwischen Hauslehrern und Lehrern an Schulen.

Das Vorstandsamt bei der Krankenkasse erlischt nicht schon durch die Einziehung zum Heeresdienst.

7. Nach Posen. Antwort: Durch den Fortfall einer Voraussetzung der Wählbarkeit erlischt das Vorstandsamt nicht ohne weiteres, vielmehr bedarf es hierzu der besonderen Amtsenthebung durch das Versicherungsamt (§ 24 RVO.). Wenn die beiden Mitglieder, als sie zum Heeresdienste eingezogen wurden, ohne sich weiterzuversichern, nicht durch Beschluß des Versicherungsamts ihres Amtes enthoben worden sind, so sind sie im Kassenvorstand verblieben und können ihre Tätigkeit in diesem jetzt wieder aufnehmen, nachdem sie aus dem Heeresdienst entlassen worden und wieder Mitglied geworden sind, ohne daß sie von neuem gewählt werden müßten.

Anstellung älterer Kassenangestellten.

8. Nach M. Antwort: Sie waren beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bereits Angestellter der Krankenkasse und sind es geblieben, ohne daß mit Ihnen ein schriftlicher Vertrag abgeschlossen zu werden brauchte. Denn für solche Angestellten gilt § 351 RVO. nicht; denn im Art. 38 Einf.Ges. wird unter den Vorschriften, die sofort für alle Angestellten, die künftig der Dienstordnung unterstehen sollen, in Kraft getreten sind, wohl § 354 Abs. 2—6, nicht aber Abs. 1 erwähnt. Sie brauchen daher keine Anstellungsurkunde. Wenn Ihnen Anrecht auf Ruhegehalt zusteht, so würden Sie die Rechte und Pflichten eines gemeindlichen Beamten haben. Beantragen Sie beim Oberversicherungsamt, daß es prüfe, ob Sie diese Stellung haben, und daß es Ihnen darüber einen Bescheid erteile. Vgl. Min.Erl. Arb.-Vers. 1914 S. 181.

Kriegswochengeld versicherter Wöchnerinnen.

9. Nach Germersheim. Antwort: Es ist zu unterscheiden, ob die Wöchnerin, die gegen die Kasse Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO. hat, Ehefrau eines Kriegsteilnehmers ist, oder nicht. Im ersten Falle hat die Kasse nach § 5 der Bek. v. 3. Dezember 1914 das satzungsmäßige Wochengeld selbst zu tragen. Ist dieses geringer als 7 M. für die Woche, so ist es auf diesen Betrag zu erhöhen, aber den Mehrbetrag ersetzt das Reich. Im zweiten Falle, also wenn die versicherte Wöchnerin nicht Ehefrau eines Kriegsteilnehmers ist, gilt § 8 der Bekanntmachung. Dieser läßt das satzungsmäßige Wochengeld unberührt; es ist nicht auf 7 M. für die Woche zu erhöhen und nicht vom Reiche zu ersetzen. — Wir verweisen auf die Bescheide des Reichsamts des Innern in Arb.Vers. 1915 S. 10 und 564 und auf unsere Ausführungen S. 166 Ziff. 5.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher.

Heft 1144 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. August 1916 | Heft 22

Der Krieg in Verwaltung und Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung.

Von Städt. Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München.

Schluß.

F. Unfallversicherung.

I. Literatur.

a) **Arbeiter-Versorgung:** Schelhorn: „Ist der Kriegsteilnehmer erwerbsunfähig i. S. des § 592 RVO.?“ 1915 S. 841.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-versicherung:** Krause: „Rentenansprüche feindlicher Ausländer“ 1915 S. 551; Rabeling: „Unfallversicherung im besetzten Feindesland“ 1915 S. 545; —: „Die Höhe der Unfall- und Militärrente ist von dem späteren Arbeitsverdienste des Verletzten unabhängig“ 1916 S. 15.

c) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** Hanow: „Bombenwürfe und Eisenbahnbetrieb“ 1915 S. 188.

d) **Die Berufsgenossenschaft:** Kaskel: „Unfallversicherung der Kriegsgefangenen“ 1915 S. 29; Kobler: „Das Einspruchsverfahren und der Krieg“ 1915 S. 210; Lohmer: „Einiges über die Aufgaben der Berufsgenossenschaften im Kriege“ 1914 S. 189; —: „Kriegsbeschädigtenfürsorge und Reichsunfallversicherung“ 1915 S. 153; 1916 S. 37; Wuthe: „Ist die Unfallrente weiterzuzahlen, wenn der Rentenempfänger im Felde steht?“ 1914 S. 229; —: „Unfälle durch Fliegerbomben und ähnliche feindliche Maßnahmen“ 1915 S. 185.

e) **Der Arbeitgeber:** Berthold: „Unfallversicherung und Krieg“ 1916 S. 10.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Der Krieg äußerte auf dem Gebiete der Unfallversicherung seine Wirkung in erster Linie in der Verwaltungstätigkeit der Versicherungsträger. Hier war es das Reichsversicherungsamt, das als Aufsichtsbehörde der Berufsgenossenschaften in zahlreichen Rundschreiben Mittel und Wege wies, den Kriegszustand und seine Folgen ohne allzu erhebliche Schädigungen der Interessen der Versicherungsträger in einer Weise zu überwinden, die auch den durch die Kriegslage geschaffenen besonderen Interessen der von den Berufsgenossenschaften umfaßten Bevölkerungskreise gerecht wurde. Zu den wichtigsten dieser Rundschreiben zählen das Rundschreiben vom 10. August 1914 über die durch die Kriegslage gebotenen Maßnahmen (Amtl. Nachr. 1914 S. 615; Arb. Vers. 1914 S. 627), das namentlich die Verhältnisse der Rentenempfänger und der Verletzten, sowie der den einzelnen Berufsgenossenschaften angehörenden Unternehmer in der ersten Zeit nach Kriegsausbruch zu regeln bemüht war, das Rundschreiben vom 25. August 1914 über die Auszahlung der Entschädigungen während des Krieges (Arb. Vers. 1914 S. 638, 677) und das Rundschreiben vom 19. November 1914 über Weiterzahlung des Gehalts an die durch den Kriegsdienst behinderten genossenschaftlichen Angestellten (Amtl. Nachr. 1914 S. 786).

Von den internationalen Abkommen über die Unfallversicherung ist dasjenige mit

Belgien vom 6. Juli 1912 mit Wirkung ab 4. August 1914 außer Wirksamkeit gesetzt worden (Arb.Vers. 1914 S. 723), während dasjenige mit Italien vom 31. Juli 1912 noch in Kraft ist (Amtl. Nachr. 1916 S. 231).

Die übrigen Fragen, welche auf dem Gebiete der Unfallversicherung aufgeworfen wurden, betrafen überwiegend den Einfluß des Krieges auf das Versicherungsverhältnis. In unfallversicherungspflichtige Betriebe abgestellte, gegen Tagelohn beschäftigte Militärpersonen sind, wie das schon in einem Bescheide des Reichsversicherungsamts vom 4. Juli 1907 für die Verhältnisse im Frieden ausgesprochen war, durch ihre Soldateneigenschaft nicht von der Versicherungspflicht befreit (Berufsgenossenschaft 1915 S. 4). Dasselbe gilt für Kriegsbeschädigte. Soweit diese aber während der Lazarettbehandlung zum Zwecke der Wiederherstellung ihrer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zur Beschäftigung kommandiert werden (Arbeitstherapie), sind sie nach einem Bescheide des Reichsversicherungsamts vom 6. August 1915 (Betriebskrankenkasse 1915 S. 200) versicherungsfrei. Unfälle, die dem Führer eines auf Grund des Kriegsleistungsgesetzes abgestellten Fuhrwerkes während der Tätigkeit im Dienste des Reichs zustoßen, müssen von der Heeresverwaltung (vertreten durch die zuständige Intendantur) entschädigt werden; gehört der Verunglückte einer Landkrankenkasse an, so ist er für die Dauer der Tätigkeit im Betrieb der Heeresverwaltung aus dem landwirtschaftlichen Betrieb ausgeschieden, weshalb, wenn für den Betrieb der Heeresverwaltung nicht eine Betriebskrankenkasse errichtet ist, die Entschädigungspflicht für die ersten 13 Wochen die allgemeine Ortskrankenkasse trifft (Arb.Vers. 1914 S. 605 Ziff. 2).

Besonders zahlreich waren die Fragen, die hinsichtlich der Beurteilung der im okkupierten Gebiet errichteten deutschen Betriebe und der feindlichen Ausländer überhaupt auftauchten. Das Reichsversicherungsamt hat in einem Bescheide vom 15. April 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 329) die im okkupierten Gebiete stattfindenden Arbeiten nur dann als der deutschen Unfallversicherung unterliegend erachtet, wenn sie eine unselbständige Ausstrahlung eines inländischen Betriebes bilden; in einem solchen Falle erachtet es aber auch die bei diesen Arbeiten beschäftigten Ausländer als von der Unfallversicherung umfaßt, während es sonst die in Deutschland zurückgehaltenen ausländischen Arbeiter als „unfrei" und daher nicht versicherungspflichtig ansieht.

Im Gegensatz zur Frage der Versicherungspflicht feindlicher Ausländer wird der Rentenbezug durch solche, wie sich aus einem Bescheid des Reichskanzlers vom 28. April 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 425) ergibt, nur insoweit beeinflußt, als etwa die bestehenden Zahlungsverbote gegenwärtig eine Auszahlung der Entschädigung unmöglich machen. Eine Einstellung der Rente kann auf Grund der Eigenschaft des Verletzten als feindlicher Ausländer nicht erfolgen; denn die auf Grund der Reichsversicherungsordnung erworbenen Ansprüche kennen nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. Dezember 1915 (Arb.Vers. 1916 S. 156) keinen Unterschied zwischen Inländern und Ausländern. Auch die Internierung eines feindlichen Ausländers berechtigt nicht zur Einstellung der Rente, da sie keine Freiheitsstrafe im Sinne des § 615 Ziff. 1 RVO., sondern nur eine Vorsorge- oder eine Vergeltungsmaßregel darstellt (Entsch. des RVA. vom 4. Januar 1916 in Berufsgenossenschaft 1916 S. 31). Handelt es sich allerdings um die Auszahlung einer Kapitalabfindungssumme an einem Ausländer, der infolge der Grenzsperre das Reichsgebiet nicht verlassen kann, so unterbleibt die Auszahlung mit Recht, da § 617 RVO. den gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland zwingend vorschreibt (Berufsgenossenschaft 1916 S. 26).

Ergeht gegen einen Kriegsteilnehmer ein Rentenbescheid, so ist nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 30. Nov. 1915 (Arb.Vers. 1916 S. 179) für das Einspruchsverfahren das Versicherungsamt des bis zur Einberufung in den Heeresdienst von

dem Berechtigten innegehabten Wohnortes zuständig, nicht dasjenige, in dessen Bezirk die Truppe ihren Standort hat, zu welcher der Berechtigte einberufen ist.

G. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

I. Literatur.

a) **Arbeiter-Versorgung:** Brunn: „Ein Beitrag zu dem Thema der Krieg und die Sozialversicherung" 1914 S. 732; Hoffmann: „Der Einfluß des Krieges auf die Anwartschaften bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" 1916 S. 121; Ritzel: „Krankenrente für Kriegsteilnehmer" 1915 S. 845; Sonderhoff: „Die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung der Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" 1916 S. 49.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Brunn: „Sind die Schanz- und Armierungsarbeiter von der Militärverwaltung gegen Invalidität zu versichern?" 1915 S. 124, 318; —: „Die Bedürftigkeit (§§ 1260 ff. RVO.) im Falle der Unterstützung durch den Lieferungsverband" 1916 S. 234; Müller: „Zur Frage der Versicherungspflicht der Schanz- und Armierungsarbeiter" 1915 S. 183; Pietsch: „Der Einfluß des Krieges auf die Vermögenslage der Träger der reichsgesetzlichen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" 1914 S. 705.

c) **Die Krankenversicherung:** Giesberts: „Das Heilverfahren im Kriege" 1914 S. 169.

d) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** Bruns: „Sind die bei Festungsarmierungen usw. von Zivilarbeitern gegen Lohn ausgeführten Arbeiten als militärische Dienstleistungen i. S. des § 1393 Abs. 1 Ziff 2 RVO. anzusehen?" 1915 S. 245; Kleeis: „Die Leistungen an die Hinterbliebenen Verschollener nach § 1265 RVO." 1916 S. 66; Ritzel: „Krankenrente für Kriegsteilnehmer" 1916 S. 17; Seelmann: „Die Verordnung vom 23. Dezember 1915", 1916 S. 82.

e) **Invaliditäts- und Altersversicherung (Mainzer Ztschr.):** Haberland: „Anträge auf Hinterbliebenenbezüge nach dem 4. Buche der RVO. von Angehörigen Vermißter" 25. Jahrg. S. 173; Haberland-Schricker: „Zur Bekanntmachung vom 23. Dezember 1915 über Anrechnung von Militärdienstzeiten und Erhaltung von Anwartschaften in der Invalidenversicherung" 1916 S. 58, 65;

f) **Der Versicherungsbote:** D.: „Zwei dringliche Aenderungen des Rechts der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" 1915 S. 259; Sn.: „Die Beurkundung von Sterbefällen unserer Kriegsteilnehmer" 1915 S. 249.

g) **Preußisches Verwaltungsblatt:** Brunn: „Der Krieg und die Landesversicherungsanstalten" 36. Jahrg. S. 113.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Aehnlich wie auf dem Gebiete der Unfallversicherung erließ das Reichsversicherungsamt auch auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zahlreiche Entschließungen an die ihm unterstellten Landesversicherungsanstalten, in denen es jedoch nicht nur für die Versicherten und die Rentenempfänger allein Anordnungen traf, sondern entsprechend dem ganzen Zwecke der den Landesversicherungsanstalten zur Verfügung stehenden Mittel in weitgehendstem Maße eine Fürsorge für die Allgemeinheit in Angriff nahm. Von den einschlägigen Erlassen sind die wichtigsten: Der dem an die Berufsgenossenschaften gerichteten ähnliche Runderlaß vom 11. August 1914 über die durch die Kriegslage gebotenen Verwaltungsmaßnahmen (Amtl. Nachr. 1914 S. 616; Arb.Vers. 1914 S. 676), das Rundschreiben vom 20. August 1914 über Tuberkulosebekämpfung während des Krieges (Amtl. Nachr. 1914 S. 616; Arb.Vers. 1914 S. 723) und das Rundschreiben vom 25. August 1914 über die Auszahlung der Entschädigungen auf Grund der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung während des Krieges (Arb.Vers. 1914 S. 638, 677).

Die Wichtigkeit, welche gerade den Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zukommt, führte dazu, daß Versicherungsträger und Versicherungsbehörden in besonderen Erlassen sich an die Allgemeinheit mit entsprechenden Aufklärungen wandten, so die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz mit einem Merkblatt über die Ansprüche aus der Invalidenversicherung (Arb.Vers. 1915 S. 377) und die Verjährung der Leistungen für Kriegsteilnehmer (Betriebskrankenkasse 1916 S. 71) und das Versicherungsamt Hamburg mit einem an die Bezirkskommandos gerichteten, der Aufklärung und Belehrung invalider Krieger und der Hinterbliebenen von Kriegsteilnehmern dienenden Merkblatt (Mainzer Ztschr. 25.

Jahrg. S. 20). Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen erließ unterm 24. August 1914 eine Bekanntmachung über die Verwahrung und den Umtausch der Quittungskarten von Kriegsteilnehmern (Arb.Vers. 1914 S. 649), die teilweise auch von anderen Bundesstaaten übernommen wurde.

Wie bei den übrigen Zweigen der Arbeiterversicherung trat in den Zweifelsfällen auch auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Frage der Versicherungspflicht in den Vordergrund. Sinkt für die Kriegsdauer der Jahresarbeitsverdienst unter die versicherungspflichtige Höchstgrenze z. B. wegen einer nur teilweisen Auszahlung des Gehalts, so erachtet eine Entschließung des Vorstands der Thüringischen Landesversicherungsanstalt vom 13. Oktober 1914 (Arb.Vers. 1914 S. 819) die Versicherungspflicht für nicht gegeben. Im Gegensatz hierzu konnte das Reichsversicherungsamt allerdings die Tätigkeit von Personen, die nur infolge des Krieges für dessen Dauer Lohnarbeit verrichten, nicht mehr als eine vorübergehende Dienstleistung im Sinne des § 1232 RVO. ansehen und sprach sich in der Grundsätzlichen Entscheidung 2040 vom 18. Mai 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 560; Arb.Vers. 1915 S. 514) für deren Versicherungspflicht aus. Hinsichtlich der durch Privatdienstvertrag angenommene Armierungsarbeiter und der im Dienste der freiwilligen Krankenpflege während des Krieges tätigen Schwestern hat eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 12. Februar 1916 (Arb.Vers. 1916 S. 208) die Versicherungspflicht bejaht.

Ausländische Arbeiter erachtet ein Rundschreiben des Vorstands der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz (Betriebskrankenkasse 1915 S. 223) in Uebereinstimmung mit dem in den Bescheiden des Reichsversicherungsamts vom 18. Januar und 8. März 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 460; Arb.Vers. 1915 S. 419) hinsichtlich der russisch-polnischen Arbeiter zum Ausdruck kommenden Anschauung und im Gegensatz zur Entscheidung des Oberversicherungsamtes Oppeln vom 27. August 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 682) als versicherungsfrei (vgl. ebenda 1916 S. 23 Ziff. 12).

Für im Ausland vorübergehend beschäftigte, von der Heeresverwaltung angeworbene inländische Arbeiter muß nach einem Bescheide des Reichsversicherungsamts vom 27. Febr. 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 389; Arb.Vers. 1915 S. 308) diejenige Landesversicherungsanstalt als zuständig erachtet werden, in deren Bezirk die anwerbende Stelle ihren Sitz hat.

Die an sich schon ziemlich klare Frage, ob Kriegsteilnehmer neben den ihnen zustehenden Militärrenten auch Anspruch auf die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung geltend machen können, hat das Reichsversicherungsamt in einem Bescheide vom 5. Mai 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 561) noch besonders bejaht. Die zur Erlangung dieser Leistungen erforderlichen ärztlichen Zeugnisse sind, wie ein Erlaß des preuß. Kriegsministers vom 7. Jan. 1916 (Betriebskrankenkasse 1916 S. 71) ausführt, auch von den in Betracht kommenden Militärärzten auszustellen. Der evtl. notwendige Nachweis des Todes des Kriegsteilnehmers muß nach einem Bescheide des Reichsversicherungsamts vom 9. Jan. 1915 (Amtl. Nachr. 1914 S. 839) nicht durch die Standesamtliche Sterbeurkunde geführt, sondern kann auch auf andere Weise erbracht werden (vgl. Arb.Vers. 1914 S. 745,, 841).

Der Uebergang des den Kriegsteilnehmern etwa zustehenden Anspruchs auf Militärrenten im Wege des § 1542 RVO. auf die Landesversicherungsanstalten ist nach Bescheiden des Reichsversicherungsamts vom 13. April 1915 und vom 5. Mai 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 461, 561; Arb.Vers. 1915 S. 365, 563) und nach einem Bescheide des Sächsischen Kriegsministeriums vom 12. November 1915 (Arb.Vers. 1916 S. 199) ausgeschlossen (vgl. Arb.Vers. 1914 S. 845 Ziff. 3; 1915 S. 574 Ziff. 7; S. 862 Ziff. 2; 1916 S. 238 Ziff. 7).

H. Angestelltenversicherung.

I. Literatur.

a) **Arbeiter-Versorgung:** Brunn: „Zur Rückerstattung der Beiträge für Angestelltenversicherung für die Zeit der Kriegsdienstleistung" 1915 S. 745; Jähnel: „Angestelltenversicherung und Krieg" 1914 S. 781.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Brunn: „Die Beitragserstattung des § 398 AVG. und die Kriegsteilnehmer" 1915 S. 524; Laß: „Die Angestelltenversicherung während des Krieges" 1915 S. 702; —: „Die Abkürzung der Wartezeit in der Angestelltenversicherung" 1916 S. 48; Pachur: „Zur Feststellung des Hauptberufs in der Angestelltenversicherung insbesondere hinsichtlich einer für die Dauer des Kriegszustandes übernommenen Beschäftigung" 1916 S. 127; Wankelmuth: „Empfiehlt sich für die infolge des Krieges aus ihren Stellungen geschiedenen Angestellten die freiwillige Weiterversicherung gemäß § 15 AVG.?" 1915 S. 195.

c) **Die Betriebskrankenkasse:** Fellinger: „Kriegsdienst und Angestelltenversicherung" 1915 S. 102.

d) **Der Versicherungsbote:** D.: „Die Angestelltenversicherung während des Krieges" 1915 S. 212; Schneider: „Die Kriegsdienstmonate bei der Angestelltenversicherung" 1915 S. 63.

e) **Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft:** Dittmann: „Angestelltenversicherung und Kriegsteilnehmer" 1915 S. 481; —: „Rückerstattung von Beiträgen zur Angestelltenversicherung an Kriegsteilnehmer" 1916 S. 98.

f) **Deutsche Juristenzeitung:** Hagen: „Krieg und Angestelltenversicherung" 1914 S. 1289; Laß: „Angestelltenversicherung und Krieg" 1915 S. 1013; Lindemann: „Kriegsgesetzgebung und Spruchrecht in der Angestelltenversicherung" 1915 S. 955.

g) **Juristische Wochenschrift:** Körsch und Schwarz: „Krieg und Angestelltenversicherung" 1914 S. 909, 1136, 972.

h) **Arbeitsrecht:** Baum: „Beitragszahlung zur Angestelltenversicherung während des Krieges" 1914 S. 142.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Mit am geringsten äußerte sich der Einfluß des Kriegszustandes auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung. Die Verwaltungsmaßnahmen der einzelnen Behörden beschränkten sich auf eine aufklärende Tätigkeit über die gesetzlichen Bestimmungen, die Rechtsprechung hatte auch hier in erster Linie Fragen der Versicherungspflicht zu entscheiden.

Der Rentenausschuß veröffentlichte Merkblätter über die Beitragsentrichtung während des Krieges und über die Beitragserstattung gemäß § 398 AVG. im Falle des Todes Versicherter (Angestelltenversicherung 1915 S. 49, 109; 1916 S. 1; Arb.Vers. 1915 S. 378, 669). Ueber den letztgenannten Punkt erließ auch das Versicherungsamt Stadt Breslau eine Bekanntmachung (Arb.Vers. 1914 S. 821). Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt gab im Vollzug der Bekanntmachung vom 26. August 1915 ein Merkblatt über die Anrechnung der Kriegsdienstzeiten als Beitragszeiten für die Angestelltenversicherung (Arb.Vers. 1915 S. 741) heraus, dessen Bestimmungen über die Rückzahlung der Beiträge es in einem Bescheide vom 1. Februar 1916 (Betriebskrankenkasse 1916 S. 84) milderte.

In der Rechtsprechung erregte der im Gegensatz zu der Anschauung des Reichsversicherungsamts von dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt mit Bescheid vom 21. Oktober 1914 (Arb.Vers. 1914 S. 820) und vom Rentenausschuß in Entscheidungen vom 23. Februar 1915, 27. Februar 1915 und 3. April 1915 (ebenda 1915 S. 689, 666, 449) vertretene Standpunkt viel Aufsehen, der die zum Heeresdienst einberufenen Angestellten, denen das Gehalt gemindert oder nur in Form von Unterstützungen an ihre Familien weitergezahlt wurde, für versicherungspflichtig erklärte. Die Streitfrage hat allerdings seit dem Inkrafttreten der Bekanntmachung vom 26. August 1915 ihre Bedeutung verloren. Personen, die nur während des Krieges eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben und sie weder vorher ausgeübt haben, noch später auszuüben gedenken, erachtet das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für versicherungsfrei (Angestelltenversicherung 1915 S. 2). Fällt das Gehalt bei bisher versicherungspflichtigen Angestellten während des Krieges weg, so tritt Versicherungsfreiheit von selbst ein (Arb.Vers. 1915 S. 263 Ziff. 6).

Die Ueberleitung von dem Friedens- in den Kriegszustand hat auch an die Behörden und Organe der Reichsversicherung bedeutende Anforderungen gestellt. Indem sie sich nicht an den toten Buchstaben klammerten, sondern hinter ihm den lebenspendenden Geist suchten, ist es ihnen gelungen, die sozialen Absichten des Gesetzgebers auch unter völlig veränderten Verhältnissen zu verwirklichen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 6 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Juni 1916.)

I. Unfallversicherung.

Die während des gegenwärtigen Krieges im besetzten Gebiet angeworbenen russisch-polnischen Arbeiter, die freiwillig und mit Genehmigung der zuständigen Behörden nach Deutschland gekommen sind, um hier zu arbeiten, sind als freie Arbeiter anzusehen und unterliegen deshalb der Versicherungspflicht gegen Betriebsunfälle (2877 S. 497).

Dem unehelichen Kinde steht ein Anspruch auf Angehörigenrente nach § 598 RVO. auch dann zu, wenn der Verletzte die zum Unterhalte des Kindes erforderlichen Mittel aus seiner Unfallrente bestritten hat (2878 S. 499).

Eine Rente alten Rechtes kann in eine vorläufige Rente neuen Rechtes umgewandelt werden, wenn im übrigen die Voraussetzungen für die Gewährung einer vorläufigen Rente noch gegeben sind (2879 S. 500).

Als Anmeldung des Entschädigungsanspruchs bei dem „zuständigen" Vorstand im Sinne des § 59 Abs. 1 Unf.Vers.Ges. vom 6. Juli 1884 gilt auch eine Anmeldung bei einer Berufsgenossenschaft, die der Verletzte verständigerweise für die zuständige halten konnte, wenn auch tatsächlich eine andere entschädigungspflichtig ist (2880 S. 501).

Erteilt ein Versicherungsträger vor Rechtskraft einer Entscheidung einen neuen Bescheid, durch den die Rente wegen Aenderung der Verhältnisse neu festgestellt wird, und zieht das Reichsversicherungsamt, bei dem das Streitverfahren über den älteren Bescheid schwebt, das Verfahren über den neuen Bescheid an sich (§ 1608 RVO.), so ist dieses Verfahren vom Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsamt nur nach dem für diese Stellen maßgebenden Spruchverfahren durchzuführen, insbesondere ist die für das Einspruchsverfahren vorgeschriebene persönliche Anhörung des Berechtigten nicht erforderlich (2881 S. 502).

Die Berichtigung von Entscheidungen der Versicherungsträger und der Versicherungs- und Oberversicherungsämter ist nur im Beschwerdeweg anfechtbar. Für die Zulassung eines anderen Rechtsmittels ist kein Raum (2882 S. 505).

Gegenüber dem Anspruch auf Zahlung von Regiebauprämien (§ 819 RVO.) kann im Verfahren vor den Instanzen der Reichsversicherung nur über die Aufrechnung solcher Ansprüche entschieden werden, die in der Reichsversicherungsordnung unmittelbar begründet sind (2883 S. 506).

Ein Pauschbetrag nach § 80 Abs. 2 RVO. ist nicht zu entrichten, wenn zwar eine als „Berufung" bezeichnete Beschwerde beim Oberversicherungsamt eingegangen, ein Berufungsverfahren aber vom Oberversicherungsamt nicht eingeleitet worden ist, weil ein hierzu geeigneter Bescheid des Versicherungsträgers nicht ergangen war (2884 S. 507).

Der von den Versicherungsträgern nach § 80 Abs. 2 RVO. zu entrichtende Pauschbetrag mindert sich um die einem Beteiligten nach § 1802 auferlegten Kosten nur insoweit, als sie tatsächlich in die Kasse eines Bundesstaats fließen (2885 S. 508).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Verlängerung der Leistungsdauer durch Nichtanrechnung krankengeldfreier Zwischenzeiten nach § 183 Abs. 1 Satz 2 RVO. setzt voraus, daß zu dem Zeitpunkt, in dem sonst die Leistungspflicht der Kasse nach Gesetz oder Satzung ablaufen würde, Arbeitsunfähigkeit vorliegt (2201 S. 514).

Der Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO. setzt voraus, daß die Wöchnerin zur Zeit der Niederkunft Mitglied der Kasse ist (2202 S. 515).

Die Ehefrau eines dem Reiche zum Kriegsdienst Verpflichteten, der bei Ausbruch des Krieges in Feindesland zurückgehalten ist, hat Anspruch auf Wochenhilfe nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914, RGBl. S. 492 (2203 S. 516).

Hat in einem Unterstützungsfall, in dem die Klägerin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens

acht Wochen behauptet, das Oberversicherungsamt Krankengeld für weniger als acht Wochen zuerkannt und sich die Klägerin hierbei beruhigt, so ist die Revision der Kasse nach § 1695 Ziff. 2 RVO. ausgeschlossen (2204 S. 517).

Arbeiter eines Feldproviantamts im besetzten Feindesland sind jedenfalls dann nicht krankenversicherungspflichtig, wenn für sie nur die Zugehörigkeit zu einer Ortskrankenkasse in Frage kommt (2205 S. 518).

§ 169 RVO. setzt nicht voraus, daß die Beschäftigten Beamte sind oder sich in einer beamtenähnlichen Stellung befinden (2206 S. 519).

Der Vorstand einer größeren Krankenkasse darf dem geschäftsleitenden Beamten die Bezeichnung „Verwaltungsdirektor" beilegen (2207 S. 521).

Die versicherungspflichtigen Angestellten einer nach § 255 Abs. 2 RVO. zugelassenen Betriebskrankenkasse sind bei dieser, nicht bei der allgemeinen Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse zu versichern (2208 S. 522).

Das unabhängig von einer Willenserklärung des Mitglieds oder der Ersatzkasse auf Grund der Satzung sich vollziehende Ausscheiden eines Mitglieds aus der Ersatzkasse infolge Einziehung zum Heeresdienst ist kein Austritt oder Ausschluß im Sinne des § 521 RVO. (2209 S. 524).

Wird der Antrag auf Erstattung von Anwaltskosten im Spruchverfahren der Krankenversicherung vom Oberversicherungsamt abgelehnt, so kann hierüber vom Reichsversicherungsamt nur im Falle der Einlegung der Revision zusammen mit der Hauptsache entschieden werden (2210 S. 526).

Die nach § 1803 RVO. in Spruchsachen der Krankenversicherung dem unterliegenden Teile vom Oberversicherungsamt aufzuerlegende Gebühr ist in der Hauptentscheidung oder im Wege ihrer Ergänzung (§ 1674 RVO.), nicht durch besondere Verfügung festzusetzen, wenn in der Hauptsache entschieden ist. — Die Auferlegung der ordnungsmäßig festgesetzten Gebühr kann nur mittels der Revision und zugleich mit der Hauptsache angefochten werden; gegen unzulässige besondere Festsetzungsverfügung findet Beschwerde an das Reichsversicherungsamt nach § 1793 RVO. statt. — Die Gebühr nach § 1803 ist auch dann festzusetzen, wenn die Spruchsache nicht durch Entscheidung, sondern auf andere Weise, z. B. durch Zurücknahme der Berufung erledigt wird. — In diesem Falle ist gegen die Auferlegung Beschwerde nach § 44 der Kaiserl. Vrdg. über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911 an das Reichsversicherungsamt zulässig (2211 S. 526).

B. Allgemeines.

Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung russisch-polnischer Landarbeiter während des Krieges.

Entsch. des Reichsversicherungsamts a) vom 19. Februar 1916 und b) vom 4. März 1916 (2189 und 2183 Amtl. Nachr. 1916 S. 444 und 433).

a)

Das Reichsversicherungsamt hat sich in den Bescheiden 2012 (Amtl. Nachr. 1915 S. 460), vorbehaltlich einer Entscheidung im Rechtszuge, dahin geäußert, daß die in Deutschland beschäftigten russisch-polnischen landwirtschaftlichen Zeitarbeiter nach den während des Krieges getroffenen Anordnungen als unfrei anzusehen und daher nicht versicherungspflichtig seien. An dieser Auffassung war festzuhalten.

Nach § 1233 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung kann der Bundesrat bestimmen, daß Ausländer versicherungsfrei sind, denen die Behörde den Aufenthalt im Inland nur für eine bestimmte Dauer gestattet hat. Die Arbeitgeber zahlen dann gemäß § 1233 Abs. 2 a. a. O. nach Anordnung des Reichsversicherungsamts so viel an die Versicherungsanstalt, wie sie sonst aus eigenen Mitteln zahlen müßten. Die Vorschriften entsprechen dem § 4 Abs. 2 des Invalidenversicherungsgesetzes. Auf Grund dieser Vorschrift hat der Bundesrat in dem nach Artikel 104 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung unter deren Herrschaft in Kraft gebliebenen Beschlusse vom 21. Februar 1901 (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1901 S. 78) bestimmt, daß die in landwirtschaftlichen Betrieben oder ihren Nebenbetrieben beschäftigten polnischen Arbeiter russischer oder österreichischer Staatsangehörigkeit der Invalidenversicherungspflicht nicht unterliegen, wenn ihnen der Aufenthalt im Inland nur für bestimmte Dauer behördlich gestattet ist und sie nach Ablauf dieser Zeit in das Ausland zurückkehren müssen. Das traf vor dem Kriege für die in Preußen beschäftigten russisch-polnischen landwirtschaftlichen Arbeiter zu. Der Aufenthalt war ihnen nur in der Zeit vom 1. Februar bis 20. Dezember jedes Jahres, dagegen nicht in der sonstigen Zeit, der sogenannten Karenzzeit, gestattet. Diese Rechtslage ist für Westfalen durch die Befehle des stellvertretenden Generalkommandos des VII. Armeekorps vom 5. Oktober 1914 und 1. November 1915, mit denen die Befehle der anderen stellvertretenden Generalkommandos übereinstimmen, geändert worden. In Nr. 1 des Befehls vom 5. Oktober 1914 wurde bestimmt, daß für die wehrpflichtigen, also für die im Alter von

17 bis zu 45 Jahren stehenden männlichen russischen landwirtschaftlichen Arbeiter die Karenzzeit im Jahre 1914 wegfalle und sie sämtlich den Winter über an ihren bisherigen Arbeitsstellen zu verbleiben hätten. Den übrigen männlichen und den weiblichen landwirtschaftlichen Arbeitern wurde unter gewissen Voraussetzungen die Ausreise in ein neutrales Land gestattet. Machten sie davon keinen Gebrauch, so hatten sie gleichfalls an ihren Arbeitsstellen zu verbleiben. Falls sie durch Arbeitsverträge nicht mehr gebunden waren, sollten sie in ihre Heimat zurückbefördert werden, sobald die militärischen und die Verkehrsverhältnisse ihre unmittelbare Rückkehr dorthin zuließen (Nr. 3 des Befehls). Diese Bestimmung, die nach Lage der Verhältnisse zunächst nicht durchgeführt werden konnte, ist durch § 1 des an die Stelle des Befehls vom 5. Oktober 1914 getretenen Befehls vom 1. November 1915 beseitigt worden. Danach ist es allen männlichen und weiblichen russischen Arbeitern bis auf weiteres auch künftighin verboten, rechtswidrig das Inland zu verlassen. Nicht betroffen von dem Verbote werden lediglich diejenigen durch Arbeitsverträge nicht gebundenen weiblichen und im Alter von unter 17 oder über 45 Jahre stehenden männlichen Arbeiter, die im Besitze einer direkten Fahrkarte nach einer Eisenbahnstation eines neutralen Landes sowie eines von der gesandschaftlichen oder konsularischen Vertretung des neutralen Staates visierten Passes sind und den für die Ueberschreitung der Reichsgrenze bestehenden Vorschriften genügen. Hiernach werden die russischen Arbeiter einschließlich der nicht Wehrpflichtigen, die von dem Rechte der Ausreise in ein neutrales Land keinen Gebrauch machen, für unbestimmte Zeit im Inland zurückgehalten. Damit entfällt die Voraussetzung des Bundesratsbeschlusses vom 21. Februar 1901, daß den Arbeitern der Aufenthalt im Inland nur für bestimmte Dauer gestattet ist. Der Beschluß ist demnach auf die russisch-polnischen landwirtschaftlichen Arbeiter bis auf weiteres nicht anzuwenden.

Die Versicherungspflicht dieser Arbeiter bestimmt sich somit nach allgemeinen Grundsätzen. Gemäß der ständigen Rechtsübung des Reichsversicherungsamts sind unfreie Arbeiter, wie Strafgefangene, Insassen von Arbeitshäusern und dergleichen nicht versicherungspflichtig (zu vgl. Ziff. 23d der Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. 1912 S. 721). Werden sie gegen Entgelt beschäftigt, so handelt es sich nicht um freien, wirtschaftlichen Austausch von Arbeit und Lohn, sondern um einen, wenn auch nicht immer unmittelbaren, obrigkeitlichen Zwang. Aehnlich liegt die Sache bei den russischen landwirtschaftlichen Zeitarbeitern. Waren sie mindestens seit Beginn des Krieges beschäftigt, so hatten ihnen die Arbeitgeber nach Nr. 1 des Befehls vom 5. Oktober 1914 während des Winters Unterkunft und Verpflegung gegen eine von den Arbeitern zu zahlende Entschädigung von je 50 Pf. täglich zu gewähren. Entsprechendes ist in dem Befehle vom 1. November 1915 für den Winter 1915-1916 bestimmt; jedoch beträgt die Entschädigung 70 Pf. täglich. Sofern die Arbeiter nicht imstande oder willens sind, die Beträge aus ihren Ersparnissen zu bezahlen oder von einer etwa geleisteten Sicherheit abziehen zu lassen, müssen sie Lohnarbeit verrichten, um die ihnen obrigkeitlich auferlegte Zahlungspflicht gegenüber dem Arbeitgeber erfüllen zu können. Dieser Zwang zur Arbeit, der zur Sicherstellung der Ernährung der einheimischen Bevölkerung und des im Felde stehenden Heeres unerläßlich ist, wurde durch den Befehl vom 1. November 1915 verschärft. Durch § 3 a. a. O. sind die in der Landwirtschaft oder ihren Nebenbetrieben beschäftigten russischen Arbeiter angehalten worden, beim Ablauf ihrer derzeitigen Arbeitsverträge neue für die Wintermonate und das Wirtschaftsjahr 1916 abzuschließen und spätestens bis zum 31. Januar 1916 die Ausstellung der Arbeiter-Legitimationskarte für 1916 bei der Ortspolizeibehörde zu beantragen. Die Arbeitgeber hatten sich zu vergewissern, daß der letzteren Verpflichtung pünktlich nachgekommen wurde, und hatten die säumigen Arbeiter spätestens am 5. Februar 1916 dem zuständigen Landrat zu melden, hierbei auch mitzuteilen, ob ein neuer Arbeitsvertrag geschlossen war oder nicht. Außer diesem Zwange zur Arbeit unterliegen die russischen landwirtschaftlichen Arbeiter erheblichen Beschränkungen ihrer persönlichen Freiheit. Wie bemerkt, ist es ihnen, soweit sie nicht zur Ausreise in ein neutrales Land befugt sind, verboten, das Inland zu verlassen. Ferner durften sie nach Nr. 1 des Befehls vom 5. Oktober 1914 die Grenzen des Ortspolizeibezirkes ihrer Arbeitsstelle nur mit schriftlicher Genehmigung der Ortspolizeibehörde überschreiten. Auch war zur Uebernahme einer Arbeitsstelle in einem anderen Ortspolizeibezirke die Genehmigung des für die bisherige Arbeitsstelle zuständigen Landrats notwendig. Diese Bestimmungen sind durch den Befehl vom 1. November 1915 zu einem „buchstäblichen Ortswechselverbot" erweitert. Nach § 2 a. a. O. ist schon die Ueberschreitung der Grenzen des Ortsbezirkes (Gemeinde- oder Gutsbezirkes) der Arbeitsstelle grundsätzlich nur mit schriftlicher Genehmigung der Ortspolizeibehörde zulässig. Deren Genehmigung ist auch zur Uebernahme einer Arbeitsstelle in einer anderen Ortschaft des Ortspolizeibezirkes der

bisherigen Arbeitsstelle erforderlich. Alle diese Umstände lassen die russischen landwirtschaftlichen Arbeiter als unfrei erscheinen. Sie sind demnach nicht versicherungspflichtig. Diese Auffassung rechtfertigt sich auch aus folgender Erwägung: Die Arbeiter waren schon vor dem Kriege nach § 1233 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in Verbindung mit dem Bundesratsbeschlusse vom 21. Februar 1901 versicherungsfrei. Wollte man sie jetzt für versicherungspflichtig erklären, so würden ihnen auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung Vorteile zugewendet, die sie im Frieden nicht hatten. Das würde aber zu einer unzulässigen Besserstellung von Angehörigen feindlicher Staaten während des Krieges führen. Hiernach sind die Arbeitgeber nicht verpflichtet, für die russischen landwirtschaftlichen Arbeiter Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu leisten. Auch die in § 1233 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Zahlungen an die Versicherungsanstalten liegen ihnen nicht ob. Denn die Vorschrift setzt die Anwendung des Bundesratsbeschlusses vom 21. Februar 1901 voraus. Er gilt aber, wie dargelegt, für die russischen landwirtschaftlichen Arbeiter nicht, solange sie für unbestimmte Zeit im Inland zurückgehalten werden. Die Beschwerde war demnach zurückzuweisen.

b)

Nach § 176 Abs. 1 Nr. 1 RVO. können versicherungsfreie Beschäftigte „der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art" der Versicherung freiwillig beitreten, wenn nicht ihr jährliches Gesamteinkommen 2500 M. übersteigt. Die Versicherungsberechtigung wird durch diese Vorschrift also beschränkt auf Personen, die zu den in § 165 Abs. 1 erwähnten Gruppen oder Gattungen gehören (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2 zu § 176). Es handelt sich demnach um Beschäftigte, die an und für sich regelmäßig versicherungspflichtig sind, die aber aus besonderen Gründen, z. B. wegen einer Beschäftigung ohne Entgelt (§ 165 Abs. 2) oder nach § 169, ausnahmsweise der Versicherungspflicht nicht unterliegen (zu vgl. Begr. S. 152, Kaskel-Sitzler, Grundriß des sozialen Versicherungsrechts S. 16 unter § 1). Diesen nicht versicherungspflichtigen Beschäftigten wird durch § 176 die Möglichkeit gegeben, im Wege der Versicherungsberechtigung die Vorteile der Krankenversicherung zu erlangen. In die Gruppe der nach § 165 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigten können indessen die während des gegenwärtigen Krieges in der Landwirtschaft beschäftigten russischen Arbeiter nicht eingereiht werden. Sie sind insbesondere nicht „Arbeiter" im Sinne dieser Vorschrift oder der Reichsversicherungsordnung überhaupt. Denn ihre persönliche Freiheit ist durch obrigkeitliche Anordnungen, namentlich durch die von den stellvertretenden Generalkommandos übereinstimmend erlassenen Befehle, insbesondere auch in der Wahl des Aufenthaltsorts, erheblich eingeschränkt. Sie unterstehen auch einem gewissen Arbeitszwange. Diese Umstände lassen sie nicht als freie Arbeiter, sondern, ähnlich wie Strafgefangene, Insassen von Arbeitshäusern und dergleichen, als unfrei Beschäftigte erscheinen. Dies hat das Reichsversicherungsamt, Beschlußsenat der Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, bereits in eingehender Begründung in einer Entscheidung vom 19. Februar 1916 (II 2830/16) — abgedruckt auf S. 443 ff. unter Ziff. 2189 — ausgesprochen, in der über die Invalidenversicherungspflicht derartiger ausländischer Arbeiter, die in der Landwirtschaft beschäftigt werden, zu entscheiden war.*) Unfreie Beschäftigte gelten nicht als „Arbeiter" im Sinne der Reichsversicherungsordnung, und sie unterliegen deshalb, wie das Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsübung angenommen hat, nicht der Versicherungspflicht (zu vgl. Ziff. 23 d der Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. 1912 S. 721; zu vgl. auch die Bescheide 2012, Amtl. Nachr. 1915 S. 460). Gehören die fraglichen Beschäftigten nicht zu der Gruppe der Arbeiter im Sinne der Reichsversicherungsordnung, so können sie nach dem Vorbemerkten auch nicht als berechtigt angesehen werden, freiwillig in die Krankenversicherung einzutreten. Ob Personen, die ihre persönliche Freiheit zeitweilig verlieren, gegebenenfalls befugt sind, im Wege der Weiterversicherung nach § 313 die Versicherung bei einer Kasse fortzusetzen, war hier nicht zu entscheiden.

Der Senat hat nicht verkannt, daß praktische Rücksichten, insbesondere die Möglichkeit der Belastung einzelner Arbeitgeber oder Armenverbände durch Aufwendungen für erkrankte ausländische landwirtschaftliche Arbeiter, es erwünscht erscheinen lassen können, auch die erwähnten Beschäftigten in die Krankenversicherung einzubeziehen. Diesem Bedürfnis kann jedoch nach Lage der gesetzlichen Vorschriften weder durch Anerkennung der Versicherungspflicht noch im Wege der Versicherungsberechtigung genügt werden.

Versicherungspflicht eines russisch-polnischen Dienstmädchens während des Krieges.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Gotha vom 22. Mai 1916 (K. B. J. 12/16).

Die rechtzeitig eingewendete Berufung (richtig: Beschwerde) richtet sich gegen die Strafverfügung

*) Siehe die vorstehende Entscheidung (unter a).

des Versicherungsamtes Eisenach Stadt vom 7. April 1916, mit welcher es den Beschwerdeführer in eine Geldstrafe von 5 M. wegen wissentlich verspäteter Anmeldung eines Dienstmädchens russisch-polnischer Staatsangehörigkeit zur Allgemeinen Ortskrankenkasse Eisenach genommen hat.

Diese Anmeldung war nicht nötig, da Angehörige der mit dem deutschen Reiche im Kriege liegender Staaten nicht der Reichsversicherungsordnung unterliegen, wenn sie in ihrer persönlichen Freiheit beschränkt sind. Dies ist bei diesem Dienstmädchen der Fall, denn sie unterliegt den vom kommandierenden General des XI. Armeekorps unterm 2. Juni 1915 angeordneten Aufenthaltsbeschränkungen. Diese Art der Beschränkung genügt aber nach dem Bescheide des Reichsversicherungsamtes vom 18. Januar 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 460) um dieses Dienstmädchen als unfreie Arbeiterin erscheinen zu lassen, auf das die Reichsversicherungsordnung keine Anwendung findet. Die Strafverfügung war deshalb aufzuheben.

Anmerkung: Aus der Entscheidung ist nicht zu ersehen, welcher Art die vom Generalkommando angeordneten Aufenthaltsbeschränkungen sind. Nur wenn sie von solcher Art sind, daß sie das Mädchen in der Freiheit, Arbeitsverhältnisse einzugehen und aufzugeben, wesentlich beeinträchtigen, würden wir die Entscheidung für begründet erachten.

Inspektor einer Versicherungs-Aktiengesellschaft als Handlungsgehilfe (nicht Handelsagent) versicherungspflichtig.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 8. Dezember 1915 (P. 64/15).

B. ist als „Inspektor" (Oberinspektor) für die Versicherungs-A.-G. in H. tätig. Seine Hauptaufgabe besteht in der Erzielung einwandfreier Geschäftsabschlüsse, in der Zuführung geeigneter Agenten und gemeinsamer Tätigkeit mit diesen. Zum Abschluß von Rechtsgeschäften oder zur Abgabe bindender Erklärungen für die Gesellschaft ist er nicht ermächtigt, sondern lediglich deren Vertrauensmann und Antragsvermittler. Für seine Geschäftsführung sind die ihm erteilten Instruktionen maßgebend. Als Wohnsitz ist ihm B. angewiesen. Er untersteht dem dortigen Generalagenten. Als Entgelt bezieht er Abschlußprovisionen, die ihm in Höhe von 125 bzw. 140 Mark monatlich „garantiert" sind.

Die Gesellschaft hat bestritten, daß B. ihr Angestellter sei. Sie hat erklärt, er sei nicht Handlungsgehilfe, sondern Handlungsagent. Als solcher sei er auch ausdrücklich in den mit ihm geschlossenen Verträgen bezeichnet. B. dagegen erachtete sich als Handlungsgehilfe und demgemäß für versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, und in diesem Sinne hat auch das Oberschiedsgericht — an welches die Sache auf Grund des § 210 Abs. 2 Satz 2 Vers.-Ges. für Angest. gelangt ist — entschieden aus folgenden Gründen:

Zwar ist B. im § 2 der mit ihm abgeschlossenen Anstellungsverträge ausdrücklich als Handlungsagent bezeichnet. Für die Frage der Versicherungspflicht kommt es aber nicht auf die Bezeichnung an, sondern auf die tatsächlichen Verhältnisse. Es fragt sich also, ob B. in seinen Beziehungen zu der Versicherungsgesellschaft tatsächlich die persönliche und wirtschaftliche Unabhängigkeit besessen hat, wie dies bei einem Handlungsagenten zutrifft. Dies muß in Uebereinstimmung mit dem Rentenausschuß verneint werden. Denn die ihm durch die Anstellungsverträge auferlegten Verpflichtungen gehen erheblich über das Maß der Einschränkung der geschäftlichen Bewegungsfreiheit hinaus, das einem Handlungsagenten zugemutet werden könnte, ohne daß er seine selbständige Stellung verlieren würde. Zunächst ist B. ein bestimmter fester Wohnsitz angewiesen. Er ist dem Generalagenten unterstellt und hat dessen Weisungen ebenso wie überhaupt allen Anordnungen, die ihm die Gesellschaft erteilt, Folge zu leisten. In Krankheitsfällen hat er spätestens am dritten Krankheitstage der Gesellschaft unter Vorlegung eines ärztlichen Attestes Anzeige zu erstatten; Wohnungsveränderungen hat er unverzüglich der Gesellschaft mitzuteilen. Einteilung und Umfang seiner Tätigkeit ist ihm allerdings nicht vorgeschrieben, auch könnte er an sich noch andere Erwerbstätigkeiten ausüben. In Wirklichkeit aber ist er durch die Tätigkeit für die Gesellschaft so in Anspruch genommen, daß ihm für anderweite Beschäftigungen keine Zeit übrig bleibt, zumal er sich die ihm garantierte Mindestprovision unter allen Umständen verdienen muß, ohne Gefahr zu laufen, seiner Stellung bei der Gesellschaft verlustig zu gehen. Außerdem ist ihm unter Androhung der sofortigen Aufhebung des Vertrages und einer bis in Höhe von 300 M. verhängbaren Vertragsstrafe verboten, für eine andere Versicherungsgesellschaft, sei es auch nur in geringstem Umfang, tätig zu werden. Nur für die Schwesteranstalt A. darf er auch tätig sein, jedoch ist es ihm nicht gestattet, in unmittelbare Beziehungen zu der Schwesteranstalt zu treten, er muß sogar seine den Unfall- und Haftpflichtversicherungszweig betreffenden Mitteilungen jeder Art ausschließlich an seine Gesellschaft oder die ihm vorgesetzte Generalagentur erstatten, wie auch etwaige Ansprüche aus der Tätigkeit für die Schwesteranstalt ausschließlich gegen seine Gesellschaft zu richten sind. Danach ist auch diese Tätigkeit unter die Aufsicht seiner Gesellschaft gestellt. Weiter darf er Geschäftsreisen nach außerhalb nur nach vorher eingeholter Genehmigung der Gesellschaft unternehmen, wenn er Ersatz der Kosten beanspruchen will. Dabei steht es im freien

Ermessen der Gesellschaft, die Genehmigung jeder Zeit zu widerrufen. Von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung seiner Stellung ist aber die Regelung der ihm für seine Tätigkeit gewährten Entschädigung. Die Gesellschaft hat ihm eine monatliche Mindestprovisionseinnahme garantiert, die am Ende des Monats bezahlt wird. In den Vertragsbestimmungen wird dieser Betrag als Provisionsvorschuß bezeichnet. In Wirklichkeit handelt es sich aber um eine regelmäßig ausbezahlte feste Vergütung, auf die V. rechnen kann. Denn auch wenn sich bei der Abrechnung am Jahresschlusse herausstellt, daß die von ihm verdienten Provisionen die Höhe des gesamten Provisionsvorschusses für das Jahr nicht erreichen, so wird ihm der Minderbetrag nicht etwa von den weiteren Provisionsvorschüssen abgezogen, sondern sein sogenanntes Garantiekonto damit belastet. Nur wenn die Kündigung des Anstellungsvertrages ausgesprochen ist, wird die Zahlung des Provisionsvorschusses eingestellt und V. erhält lediglich die tatsächlich verdienten Provisionen. Ist dann bei Auflösung des Vertragsverhältnisses ein Saldo zu Lasten des V. auf dem Garantiekonto vorhanden, so wird dieser nicht verrechnet, sondern ohne weiteres gestrichen. Der sogenannte Provisionsvorschuß stellt sich somit als eine Art Gehaltszahlung dar. Unter Berücksichtigung aller dieser Umstände kann dem Rentenausschuß nur beigetreten werden, wenn er V. als Handlungsgehilfen im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte angesehen und demgemäß für versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte erklärt hat. Es muß daher bei seiner Entscheidung bewenden.

C. Zur Krankenversicherung.

Fällt die Kriegswochenhilfe fort, wenn der Ehemann der Wöchnerin aus dem Heeresdienst ausscheidet?

Entsch. des **Versicherungsamts der Stadt Kiel** vom 19. Juni 1916 (G. III Str. L. 35).

Der Ehemann der Beklagten war vom 15. Oktober bis zum 18. Dezember 1914 Mitglied der Beklagten. Am letztgenannten Tage wurde er zum Heeresdienst eingezogen. Daraufhin gewährte die beklagte Krankenkasse der Klägerin auf Grund ihrer am 14. April 1915 erfolgten Niederkunft Kriegswochenhilfe, und zwar, außer den 25 M. Entbindungskostenbeitrag für die Zeit vom 14. April bis 26. Mai 43 M. Wochengeld und 21,50 M. Stillgeld und für die Zeit vom 26. Juni 1915 bis zum 6. Juli 1915 noch 5,50 M. Stillgeld. Für die Zeit vom 27. Mai bis zum 25. Juni 1915 einschl. hat die Beklagte dagegen Wochengeld und Stillgeld nicht gezahlt, weil während dieser Zeit der Ehemann der Klägerin vom Heeresdienst entlassen war und seinem bürgerlichen Beruf nachging.

Die Klägerin glaubt dagegen Wochengeld und Stillgeld für die ganzen 8 bzw. 12 Wochen nach der Niederkunft beanspruchen zu können, zumal ihr Ehemann die ersten zwei Wochen, während er entlassen war, keine passende Arbeit habe finden können und ohne Verdienst gewesen sei.

Das Versicherungsamt hat der Klägerin Wochengeld und Stillgeld noch für die streitige weitere Zeit zugesprochen mit folgender Begründung:

Die Beklagte kann sich für ihre Auffassung allerdings auf den Kommentar von Krause (Bd. I Anm. 2 Abs. 4 zu § 3 Vrdg. v. 3. Dezember 1914), auf die in der Ortskrankenkasse 1915 Sp. 298 mitgeteilte Auskunft des Oberversicherungsamts Düsseldorf und auf den in Arb.Vers. 1916 S. 56 abgedruckten Bescheid des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) vom 27. Dezember 1915 berufen. Die dort vertretene Auffassung hält aber, wie das Versicherungsamt auf Grund erneuter Erwägung erkennt, der Nachprüfung nicht stand, vielmehr sprechen überwiegende Gründe dafür, den Anspruch auf Kriegswochengeld und Kriegsstillgeld als einen einheitlichen anzusehen, der mit Eintritt des Fürsorgefalls bei Bestehen aller Voraussetzungen in vollem Umfang erworben wird, selbst wenn irgend welche Voraussetzungen, insbesondere der Heeresdienst des Ehemanns, nachträglich im Laufe der Unterstützungsdauer wegfallen (so auch (Sonderhoff, Arb.Vers. 1915 S. 3). Die Gegenmeinung beruft sich im wesentlichen auf die Begründung zur Verordnung vom 3. Dezember 1914, die von ihrer Auffassung ausgehe; in der Verordnung selbst ist das aber, wie Sonderhoff mit Recht hervorhebt, nicht zum Ausdruck gekommen und daher nicht maßgeblich und einer durch überwiegende Gründe gebotenen Gegenteiligen Auffassung nicht hinderlich.

Für die hier vertretene Auffassung sprechen vier Gesichtspunkte:

1. Für die Krankenversicherung der Reichsversicherungsordnung ist es anerkannten Rechtens, daß der Unterstützungsanspruch in vollem Umfang erworben wird, wenn die Voraussetzungen bei seinem Eintritt bestanden, auch wenn sie — es handelt sich vor allem um die Mitgliedschaft — im Laufe des Unterstützungsfalls wegfallen. So muß die Krankenkasse dem während der Mitgliedschaft Erkrankten Krankenhilfe für die ganze Krankheitsdauer, nötigenfalls bis zur gesetzlichen oder satzungsmäßigen Höchstgrenze, leisten, auch wenn er alsbald nach Eintritt der Erkrankung, sei es

infolge Lösung des Beschäftigungsverhältnisses, sei es infolge Verzichts auf die freiwillige Versicherung, aus der Mitgliedschaft ausscheidet (vgl. Hoffmann Kommentar § 182 Anm. 3 Abs. 2, Hahn § 183 Anm. 2 und § 206 Anm. 2 a. f. Stier-Somlo Kommentar § 183 Anm. 2a Abs. 3, Preuß. OVG. Bd. XX S. 356). Beim Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO. tritt das, ebenso übrigens wie bei einer von vornherein Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheit deswegen nicht so klar zu Tage, weil die Wöchnerin ebenso wie der als Mitglied arbeitsunfähig Erkrankte gemäß § 311 (daß dieser auch für die Wöchnerin gilt, ergibt § 383 RVO., vgl. Hoffmann § 311 Anm. 2, Hahn § 195 Anm. 4, Stier-Somlo § 311 Anm. 2) kraft Gesetzes Kassenmitglied bleibt; es würde aber auch ohne diese besondere Vorschrift selbstverständlich sein, daß auch in diesen Fällen die Leistungen fortzugewähren wären, auch wenn die gewöhnlichen Voraussetzungen für den Fortbestand der Mitgliedschaft während des Laufes der Leistungen fortfielen, nicht anders wie bei der einfachen Erkrankung ohne Arbeitsunfähigkeit.

2. Die Kehrseite davon, daß sämtliche den Anspruch begründenden Voraussetzungen zur Zeit des Eintritts des Unterstützungsfalls, und nur in diesem Zeitpunkt vorliegen müssen, ist die, daß der ganze Anspruch entfällt, wenn sie sich erst nach diesem Zeitpunkt erfüllen. Das gilt für den Krankheitsfall nach der Reichsversicherungsordnung, allerdings wesentlich gemildert durch die Ausnahmevorschrift des § 214 RVO., das gilt auch für die Wochenhilfe der Reichsversicherungsordnung. Sind die sechs Monate Kassenmitgliedschaft, die § 195 RVO. erfordert, erst am Tage nach der Niederkunft vollendet, so hat die Wöchnerin überhaupt keinen Anspruch. Gerade um die in diesem Grundsatz liegende Härte zu vermeiden, sind die beiden späteren Kriegswochenhilfe-Verordnungen mit ausdrücklichen auch auf die erste Verordnung erstreckten Vorschriften (§ 10 Verordnung vom 28. Januar 1915, § 22 Abs. 3 Verordnung vom 23. April 1915) davon abgewichen und haben in den Fällen, in denen die Voraussetzung des Eintritts in den Kriegsdienst sich erst später erfüllt, den Rest der von diesem Zeitpunkt an, wenn von der Niederkunft an zu leisten gewesen wäre, noch laufenden Leistungen bewilligt. Den Kehrfall, daß die Voraussetzung des Heeresdienstes, während der Leistungsdauer wegfällt, haben die drei Verordnungen nicht berücksichtigt; das wäre aber erforderlich, wenn auch für diesen Fall die entsprechende Ausnahme von der Regel durchgreifen sollte. Aus der vorhandenen Ausnahmevorschrift zu Gunsten der Kriegerfamilien nun auch eine entsprechende Ausnahmevorschrift zu ihren Ungunsten herzuleiten, wie es der Bescheid des Reichskanzlers mit dem Hinweis auf die vorgenannten Vorschriften andeutet, ist nach allgemeinen Grundsätzen der Rechtsanwendung nicht wohl angängig. Daß beim Stillgeld die Voraussetzung des Selbststillens fortbestehen muß, wenn der Anspruch weiterhin begründet sein soll, ist in der Fassung der Verordnungen klar zum Ausdruck gebracht und bestätigt damit nur, daß die Fortdauer der einmal gegebenen Voraussetzungen nur da erforderlich ist, wo sie besonders vorgeschrieben ist.

3. Einen weiteren Beleg für die Richtigkeit der hier vertretenen Auffassung bietet die Verordnung vom 23. April 1915. Sie sieht in § 11 Bewilligung der Wochenhilfe des Lieferungsverbandes durch schriftlichen Bescheid der Unterstützungskommission oder ihres Vorsitzenden vor; an diese Bewilligung schließt sich dann die Auszahlung durch die in § 13 vorgesehenen Zahlstellen. Wäre nun die von der Beklagten vertretene Auffassung richtig, so müßte bei jeder wöchentlichen oder zweiwöchentlichen Zahlung des Wochengeldes geprüft werden, ob noch Kriegsdienst des Ehemanns und Minderbemitteltheit vorliegt. Darüber zu entscheiden kann, anders als die Prüfung des Selbststillens, unmöglich der Zahlstelle überlassen bleiben, zumal da sich Zweifelsfälle sehr wohl ergeben können. Es müßte dann jedesmal eine neue Entscheidung der Kommission oder des Vorsitzenden herbeigeführt werden, und mit neuem Bescheid müßte unter Umständen die Wochenhilfe eingestellt werden.

Ein solches Verfahren, eine Entziehung, Einstellung, ein Ruhen der Leistungen ist aber der Verordnung fremd; sie kennt nur Bewilligung oder Ablehnung der Reichswochenhilfe, und mit der Bewilligung ist das Wochengeld in seiner Gesamtheit bewilligt. Was aber für die Kriegswochenhilfe des Lieferungsverbandes gilt, muß auch für die der Krankenkassen gelten.

4. Auch aus dem Gesichtspunkt des Zwecks, dem die Kriegswochenhilfe dient, rechtfertigt sich die hier vertretene Auffassung. Mit der bloßen Entlassung des Ehemanns vom Heeresdienst und der damit gegebenen Möglichkeit bürgerlichen Erwerbes ist der Familie noch keineswegs geholfen. Die Familienunterstützung hört — mehr oder minder genau; vgl. § 10 Abs. 2 FUG. — mit der Entlassung aus dem Heeresdienst auf, aber nicht immer findet sich, wie der vorliegende Fall zeigt, sofort lohnender Erwerb, und ist er gefunden, so vergeht in der Regel ein gewisser Zeitraum bis zur nächsten Lohnzahlung, ein etwaiger Lohnvorschuß zehrt von den Mitteln, die in der folgenden Lohnspanne zum Unterhalt dienen können. Regelmäßig bedingt auch die Rück-

kehr des Familienvaters, wenigstens nach längerem Heeresdienst, mancherlei Anschaffungen, um den Haushalt einigermaßen auf den früheren Stand zu bringen, so daß es ihm gerade in der Uebergangszeit außerordentlich schwer fallen wird, die besonderen für Mutter und Kind erforderlichen Aufwendungen zu bestreiten. So ist die bloße Tatsache, daß der Ehemann aus dem Heeresdienst zum bürgerlichen Erwerb zurückgekehrt ist, auch vom Standpunkt des Gesetzgebers unter dem Gesichtspunkt sozialer Angemessenheit noch durchaus kein durchgreifender Anlaß, die bereits begonnene Wochenhilfe weiterhin zu versagen, mag es immerhin auch Grenzfälle geben, wo es gerechtfertigt wäre. Auch bei den Leistungen der Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung wird ja, wie grundsätzlich auch bei der Wochenhilfe nach der Verordnung vom 3. Dezember 1914, nicht gefragt, ob sie im Einzelfall wirtschaftlich überhaupt erforderlich ist.

Demgemäß waren der Klägerin die fehlenden 14 ℳ Wochengeld und 15,50 ℳ Stillgeld zuzusprechen.

Anmerkung: Daß die vorstehenden Ausführungen gegenüber der abweichenden, wohl als herrschend anzusehenden Rechtsübung wesentliche Zweifelsgründe enthalten, wird nicht verkannt werden; für durchschlagend können wir sie aber nicht erachten. Zu vgl. noch Bescheid des Reichsamts des Innern vom 6. August 1915, Arb.Vers. 1915 S. 684.

Ablehnung der Bezahlung von Kosten der Behandlung durch einen Zahnarzt.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 31. Jan. 1916 (2174 Amtl. Nachr. 1916 S. 422).

Der Kläger hat sich vom Zahnarzt F. einen schmerzhaften Zahn ziehen lassen und verlangt von der Beklagten den Ersatz der ihm hierdurch in Höhe von 3 M. erwachsenen Auslagen, weil die Behandlung notwendig und zur Beseitigung der Schmerzen erforderlich gewesen sei. Die Kasse hat die Erstattung dieses Betrags abgelehnt, weil die Notwendigkeit der Behandlung durch einen Zahnarzt nicht von einem Kassenarzte bescheinigt gewesen sei. Das Versicherungsamt hat den Anspruch des Klägers abgewiesen. Auf die Berufung des Klägers hat das Oberversicherungsamt seinem Antrag entsprechend die Sache gemäß §§ 1693, 1695 Nr. 2 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben. Das Oberversicherungsamt hält den Klageanspruch für begründet, weil das Verlangen der Kasse, daß das Mitglied, das sich einen Zahn ziehen lassen wolle, sich zunächst an einen Kassenarzt wenden müsse, nicht gerechtfertigt sei, obwohl ein solches Verlangen dem Königlich Preußischen Ministerialerlasse vom 14. April 1915 (Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten 1915 S. 158) entspreche. Das Reichsversicherungsamt hat die Berufung zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Für die Beurteilung des Streitfalls ist von der Vorschrift des § 122 RVO. auszugehen. Hiernach wird die ärztliche Behandlung im Sinne der Reichsversicherungsordnung durch approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte (§ 29 der Gewerbeordnung) geleistet. Diese Fassung, die sich bereits im Entwurf einer Reichsversicherungsordnung in § 135 fand, macht ersichtlich, wie die Begründung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung auf S. 69 ausdrücklich bemerkt, daß Zahnkrankheiten sowohl durch approbierte Aerzte als durch approbierte Zahnärzte behandelt werden dürfen. Auch der Kommissionsbericht und die Reichstagsverhandlungen ergeben nichts, was zu einer anderen Auslegung des § 122 der Reichsversicherungsordnung führen könnte. Das gleiche galt übrigens auch für das Recht des Krankenversicherungsgesetzes (zu vgl. Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts v. 22. September 1910 Bd. 57 S. 443 und Entsch. des Großherzogl. Bad. Verwaltungsgerichtshofs v. 22. Mai 1906, bei Reger, 27 S. 412 und in der Arb.Vers. 1907 S. 507 ff.). Das vorbezeichnete Urteil des Königlichen Amtsgerichts Marienburg irrt daher, wenn es annimmt, daß bei Zahnkrankheiten die ärztliche Behandlung schlechthin durch approbierte Zahnärzte geleistet werden muß. Es sind vielmehr die approbierten Zahnärzte, soweit Zahnkrankheiten in Frage kommen, den approbierten Aerzten gleichgestellt. Die Kasse hat also die Wahl, ob sie bei Zahnkrankheiten die ärztliche Behandlung durch approbierte Aerzte oder durch Zahnärzte gewähren will. Sie braucht mithin bei Zahnkrankheiten einerseits eine Behandlung durch approbierte Aerzte nicht eintreten zu lassen. Sie genügt vielmehr ihrer gesetzlichen Verpflichtung auch dann, wenn sie in diesen Fällen die ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder durch approbierte Zahnärzte vornehmen läßt. Anderseits kann sie eine solche aber auch lediglich durch approbierte Aerzte bewirken lassen. Dann haben die Zahnärzte lediglich die Bedeutung von Fachärzten. Hieraus folgt, daß, wenn die Kasse die Behandlung durch approbierte Aerzte wählt, die Kassenmitglieder bei Zahnkrankheiten, von dringenden Fällen abgesehen, zunächst den Kassenarzt aufsuchen müssen. Auch für das Recht der Reichsversicherungsordnung muß nämlich insbesondere auch für Zahnkrankheiten an dem Grundsatz festgehalten werden, daß, abgesehen von dringenden Fällen, die Zuziehung eines anderen Arztes als des Kassenarztes für Rechnung der Krankenkasse nur dann gerechtfertigt erscheint, wenn der zunächst in Anspruch genommene Kassenarzt es für notwendig erachtet, oder wenn er die Behandlung nicht übernehmen oder fortsetzen will, oder wenn seine Befähigung für die erforderliche ärztliche Behandlung mit Grund angezweifelt wird (zu vgl. auch die vorstehend bezeichnete Entsch. des

Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts). In dieser Richtung bewegen sich auch die Ausführungen des vorstehend bezeichneten Königl. Preuß. Ministerialerlasses. Der Kassenarzt ist grundsätzlich befugt, das Zahnleiden selbst zu behandeln. Kann sich aber der Kassenarzt mit der Behandlung des in Betracht kommenden Leidens nicht befassen, so hat die Kasse dafür zu sorgen, daß für solche Fälle ein Zahnarzt zur Verfügung steht, an den das Mitglied alsdann zu verweisen ist. Den vorliegenden Fall anlangend, so sind in dem von der Beklagten über die ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder abgeschlossenen Vertrage zur ärztlichen Behandlung die im Kreise K. wohnenden approbierten Aerzte zugelassen (§ 1). Insoweit fachärztliche Behandlung im Interesse des Kranken unbedingt erforderlich ist, hat der Kassenarzt die Kasse zu benachrichtigen, die die Ueberweisung ungesäumt verfügt. Die Ueberweisung von Kranken an einen mit der Kasse im Vertragsverhältnis stehenden Zahnarzt oder Zahntechniker kann der nicht am Sitze der Kasse wohnhafte Kassenarzt unmittelbar anordnen. Doch ist in jedem Einzelfalle die Art und der Umfang der Zahn-, Mund- oder Kieferbehandlung in der schriftlichen Ueberweisung an den betreffenden Zahnheilkundigen zu bezeichnen. Im Arztbezirke K. verfügt der Kassenvorstand, nachdem der Kassenarzt die Notwendigkeit und Art der Behandlung bescheinigt hat, die Ueberweisung (§ 4 Abs. 1, 3 und 4). Die Kasse hat hiermit die ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder ausreichend sichergestellt. Dann kann es auch keinem Zweifel unterliegen, daß der Kläger, zumal er das Vorliegen eines dringenden Falles nicht behauptet hat, sich zunächst an den Kassenarzt zu wenden hatte. Da er dieses nicht getan hat, so konnte der Vorstand der Beklagten die Erstattung des beanspruchten Betrags ablehnen. Nach alledem war daher die Berufung zurückzuweisen.

Kein Anspruch auf Krankengeld, wenn eine Kur von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nur zur Vorbeugung angeordnet ist.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Lüneburg** vom 23. Mai 1916 (K. 4/16).

Ein Anspruch auf Krankengeld ist nur gegeben, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht. Arbeitsunfähigkeit ist aber die auf Krankheit beruhende Unfähigkeit des Berechtigten, „seine Arbeit“ ohne Gefahr der Verschlimmerung zu verrichten. Die Tatsache, daß Kläger auf Kosten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte vom 1. November bis 8. Dezember 1915 eine Badekur in Bad Nauheim durchgemacht hat, genügt aber nicht, um die Arbeitsunfähigkeit während dieser Zeit darzutun. Wenn eine Heilmaßnahme nur wegen der Besorgnis der Invalidität, also zum Zwecke der Vorbeugung, nicht zur Behebung einer schon bestehenden Arbeitsunfähigkeit angeordnet ist, so besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Daß ein derartiger Fall hier vorlag, hat das Oberversicherungsamt auf Grund der ärztlichen Gutachten angenommen. Wie der Vertrauensarzt der Einigungskommission hamburgischer Aerzte und Krankenkassen, dessen einwandfreiem Gutachten sich der Sachverständige des Oberversicherungsamts angeschlossen hat, mehrfach betont, war Kläger bei Beginn der Kur arbeitsfähig. Die Berufstätigkeit des Klägers bedingt keine Verschlimmerung seines Krankheitszustandes und die angeordnete Kur war nur als vorbeugende Maßnahme zur Verhütung der Arbeitsunfähigkeit zu betrachten. Es kommt hinzu, daß der praktische Arzt H., der den Kläger vom 31. August 1915 ab behandelte, noch am 27. Oktober 1915 erklärte, Kläger sei nicht arbeitsunfähig. Auch der Medizinalrat Dr. B., der den Kläger im Auftrage der Versicherungsanstalt für Angestellte untersucht hat, bezeugt in seinem Gutachten vom 16. September 1915, daß der Kläger an Basedow'scher Krankheit in wenig ausgesprochener Form leide, dadurch aber weder dauernd noch vorübergehend berufsunfähig sei, daß aber befürchtet werden müsse, die Krankheit werde in absehbarer Zeit zur Berufsunfähigkeit führen, wenn nicht ein vorbeugendes Heilverfahren eingeleitet werde. . . . Es war daher festzustellen, daß die Kur in Bad Nauheim von der Versicherungsanstalt für Angestellte lediglich zum Zwecke der Vorbeugung angeordnet ist, und daß der Kläger weder während noch nach dieser Kur — der Ausdruck Heilbehandlung dürfte bei der Art der Erkrankung unzutreffend sein — arbeitsunfähig im Sinne des § 182 RVO. war. Ein Anspruch auf Krankengeld stand ihm daher nicht zu.

Hebammendienste „bei der Niederkunft“ im Sinne des § 198 RVO.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 11. März 1916 (2192 Amtl. Nachr. 1916 S. 480)

Der Orts- und Landarmenverband B. hat die bei der beklagten Allgemeinen Ortskrankenkasse in B. als Pflichtmitglied versicherte Frau Luise G. zu B. aus Anlaß ihrer Entbindung am 16. Mai 1914 im Wege der öffentlichen Armenpflege unterstützt und nach seiner Angabe an Kosten im einzelnen aufgewendet:

a) für die Entbindung	7,50 M.,
b) für Desinfektionsmittel	1,50 M.,
c) für 8 Wochenbesuche	8,00 M.,
zusammen also	17,00 M.

Auf diesen Betrag hat ihm die Beklagte die

Aufwendungen zu a mit 7,50 ℳ ersetzt und die Erstattung der weiteren Kosten unter Hinweis auf § 30 der Kassensatzung (§ 198 RVO.) abgelehnt, weil sie nicht bei der Niederkunft entstanden seien. § 30 der Satzung lautet: „Allen weiblichen Versicherungspflichtigen werden unter der Voraussetzung des § 29 Abs. 1 Satz 1 Hebammendienste, die bei der Niederkunft erforderlich werden, bis zur Höhe von 15 ℳ und etwa notwendige ärztliche Geburtshilfe gewährt."

Der Kläger verlangt nun auch die Erstattung des Restbetrags, weil es sich bei dieser Art von Wochenhilfe um eine einheitliche, nicht teilbare Hilfeleistung der Hebamme handle, welche dieser bei der Niederkunft obliege. Deren Tätigkeit zu teilen in eine solche vor, während und nach der Entbindung, halte er für unzulässig und gegen Sinn und Zweck des Gesetzes verstoßend. Der Kläger hat bei dem Versicherungsamte beantragt, die Beklagte zur Zahlung von 9,50 ℳ nebst 4 v. H. Zinsen seit Klagezustellung zu verurteilen.

Die Beklagte hat zunächst Abweisung der Klage beantragt, sich nachträglich aber zur Zahlung von 1,15 M. Kosten der Desinfektion bereit erklärt, weil diese bei der Entbindung selbst entstanden seien. Das Versicherungsamt hat darauf die Beklagte zur Erstattung von 1,15 ℳ durch Vorentscheidung des Vorsitzenden vom 8. Mai 1915 verurteilt und den Kläger mit seiner Mehrforderung abgewiesen. Das Oberversicherungsamt hat die Berufung des Klägers durch Entscheidung der Spruchkammer vom 5. August 1915 zurückgewiesen.

Gegen diese Entscheidung hat der Orts- und Landarmenverband B. rechtzeitig die Revision eingelegt und erneut im wesentlichen ausgeführt, daß die Auslegung der bezeichneten Vorschriften unsozial sei. Die Worte des Gesetzes „bei der Niederkunft" in § 198 RVO. bildeten lediglich den Gegensatz zu § 199 Nr. 3 RVO. „bei Schwangerschaftsbeschwerden"; es hätten damit alle aus Anlaß des Entbindungsakts erforderlichen Dienste bezeichnet werden sollen.

Das Reichsversicherungsamt hat sich durch Einholung einer Aeußerung des Kaiserlichen Gesundheitsamts über die bei der Entscheidung zu berücksichtigenden ärztlichen Gesichtspunkte unterrichtet und dann dem Kläger noch 6,35 M. zugesprochen aus folgenden G r ü n d e n:

Nach der Aeußerung des Kaiserlichen Gesundheitsamts geht die allgemeine ärztliche Auffassung dahin, daß die Hebammendienste auch bei einer regelrecht verlaufenden Geburt nicht mit der Ausstoßung der Frucht aus dem Mutterleib enden, sondern sich noch auf die nächstfolgende Zeit erstrecken. Der Auffassung, daß, wie die Geburt selbst, auch die erste Zeit des Wochenbetts eine sachverständige Ueberwachung erfordere, entsprechen die für die Hebammen bestehenden Bestimmungen. So bestimmt z. B. § 75 Abs. 3 der Dienstanweisung für die Hebammen im Königreich Preußen: „Die Hebamme hat die Wöchnerin und das neugeborene Kind, wenn irgend möglich zehn Tage lang täglich, und zwar in den ersten acht Tagen, wenn möglich, zweimal am Tage zu besuchen. Wie lange diese Besuche dann fortzusetzen sind, hängt von dem Befinden und dem Wunsche der Wöchnerin ab." Aehnlich erstreckt auch die Dienstanweisung für die im Hamburgischen Staate tätigen Hebammen vom 1. Juni 1900 im § 15 Abs. 1 diese Pflicht der Hebamme auf die ersten zehn Tage des Wochenbetts. Der Ausdruck Niederkunft ist im übrigen in der medizinischen Sprache ungewöhnlich. Der Geburtshelfer spricht vielmehr von Geburt oder natürlicher Geburt, anderseits von Entbindung oder künstlicher Entbindung, je nachdem ob Kunsthilfe nicht notwendig oder notwendig war. Wird nun der Ausdruck Niederkunft als gleichbedeutend mit Geburt gebraucht, so umfaßt er strenggenommen allerdings an sich nicht auch noch einen Teil des Wochenbetts. Vom Standpunkt der Gesundheitsfürsorge könne aber, wie das Kaiserliche Gesundheitsamt ausdrücklich hervorhebt, es nur als dringend erwünscht bezeichnet werden, wenn die Gewährung von Hebammendiensten in der ersten Zeit des Wochenbetts allgemein stattfinde und daher der Begriff Niederkunft im Sinne des § 198 RVO. dahin aufgefaßt werde, daß er die Geburt einschließlich der noch mit ihr zusammenhängenden ersten Zeit des Wochenbetts bedeute; die Hebammendienste sollten jedenfalls bis zum Abfall der Nabelschnur dauern. Dieser Auffassung ist der erkennende Senat beigetreten. Dafür spricht insbesondere auch die Entstehungsgeschichte des Gesetzes. § 212 des Entw. einer RVO. enthielt die Vorschrift, die Satzung könne die erforderlichen Hebammendienste und ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden zubilligen. Bei den Beratungen in der Kommission in erster Lesung wurde dann der Antrag gestellt, als § 211a folgende Vorschriften aufzunehmen: „Versicherungspflichtigen Ehefrauen, die mit ihrer Familie zusammenleben, werden im Falle der Niederkunft die erforderlichen Hebammendienste und etwaige ärztliche Geburtshilfe gewährt. Die Satzung kann dieses allen versicherungspflichtigen Wöchnerinnen zubilligen." Dieser Antrag wurde unter Streichung der Worte „die mit ihrer Familie zusammenleben" angenommen. In zweiter Lesung hat die Vorschrift dann die in das Gesetz übergegangene Fassung erhalten, ohne daß jedoch die Verhandlungen erkennen lassen, daß durch die Aenderung der Worte „im Falle der Niederkunft" in „bei der Niederkunft" eine Einengung der Vorschrift hat vorgenommen werden sollen (Kommissionsbericht II S. 94 ff.). Es muß danach angenommen werden, daß diese Aenderung lediglich redaktionelle Bedeutung hat und nur aus dem Bestreben hervorgegangen ist, eine möglichst kurze Fassung zu wählen. Auch im sonstigen Sprachgebrauch ist „bei" oft die kürzere Bezeichnung für „aus Anlaß". Diese Auslegung der bezeichneten Vorschrift rechtfertigt sich auch sachlich im Hinblick auf die Vorschrift des § 199 RVO. Nach dieser Vorschrift können Schwangeren Heb-

ammendienste, die bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden, zugebilligt werden. Da aber — worauf das Kaiserliche Gesundheitsamt besonders hinweist — wie in der Schwangerschaft so auch im Wochenbett, und zwar bei Mutter und Kind, Beschwerden auftreten können, die Hebammendienste erforderlich machen, so wäre es vom gesundheitlichen Standpunkt nicht verständlich, warum Hebammendienste bei Schwangerschaftsbeschwerden zugebilligt werden dürfen, bei Beschwerden im Wochenbett aber ausgeschlossen sein sollen. Geht man von dieser Auffassung aus, so steht dem Kläger, da die Wochenbesuche vor dem Abfall der Nabelschnur stattgefunden haben und ihm bislang im ganzen erst 8,65 ℳ zugesprochen sind, noch der Betrag von 6,35 ℳ zu, weil die Kosten nach § 30 der Satzung bis zum Betrage von 15 ℳ erstattungsfähig sind. Mit seiner Mehrforderung war der Kläger abzuweisen. Auch konnten ihm Zinsen nicht zugesprochen werden (zu vgl. Rev.Entsch. 1962, Amtl. Nachr. 1915 S. 364).

D. Zur Unfallversicherung.

Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit des Abfahrens von Holz aus der Forst durch den Käufer.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 7. Dezbr. 1915 (2857 Amtl. Nachr. 1916 S. 401).

Ein Landwirt beabsichtigte, neben seiner um das Jahr 1901 erbauten Scheune ein Wohnhaus zu errichten, dessen Bau einen Zeitraum von einem halben Jahre und einen Kostenaufwand von 6000 bis 7000 M. erforderte, und hatte für diesen Zweck aus dem Staatswald Bauholz gekauft. Er fuhr einen Teil dieses Holzes am 9. Juli 1913 mit seinem eigenen landwirtschaftlichen Gespanne heran. Zur Hilfeleistung beim Anfahren hatte er außer seinem Sohne einen Verwandten herangezogen. Diesem glitt beim Aufladen ein Stamm am linken Beine herunter, wodurch er eine Schürfung der Haut und später eine Blutvergiftung erlitt. Er hat bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Antrag auf Entschädigung gestellt. Diese Berufsgenossenschaft hat ihm eine vorläufige Fürsorge zugewendet, sodann die Baugewerks-Berufsgenossenschaft zur Anerkennung ihrer Entschädigungspflicht aufgefordert und nach Ablehnung ihrer Aufforderung gemäß § 1736 RVO. die Entscheidung des Reichsversicherungsamts beantragt. Sie führt aus, es sei nicht anzunehmen, daß das Wohnhaus zugleich landwirtschaftlichen Zwecken dienen solle. Aber abgesehen davon sei das Heranschaffen von Baustoffen als gewerbliche Bauarbeit anzusehen. Daß es sich nicht um eine Arbeit im Sinne des § 916 RVO. handle, ergebe sich schon aus der Zeitdauer des Baues und dem Kostenaufwande für ihn. Der Unfall sei daher durch die Baugewerks-Berufsgenossenschaft zu entschädigen.

Die Baugewerks-Berufsgenossenschaft hat ihre Entschädigungspflicht abgelehnt. Laut Auskunft der Ortsbehörde sei der Bauherr sich auch zur Zeit noch nicht schlüssig, wann er den Neubau beginnen wolle. Es stehe daher noch nicht einmal fest, wann gebaut werde, und noch weniger, ob überhaupt Eigenbauarbeiten zur Ausführung kämen. Es seien somit lediglich Baumstämme herangefahren worden, über deren Verwendung noch keine Verfügung getroffen sei. Die Anfuhr sei daher noch keine Eigenbauarbeit, sondern eine land- oder forstwirtschaftliche Tätigkeit, zumal auch im Hinblick auf ihren ganz geringen Umfang. Daß im übrigen das Wohnhaus auch landwirtschaftlichen Zwecken dienen solle, sei von der Ortsbehörde ebenfalls bestätigt worden.

Das Reichsversicherungsamt hat die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für entschädigungspflichtig erklärt mit folgender Begründung:

Der geplante Bau geht an sich über den kleinen landwirtschaftlichen Betrieb hinaus; er würde daher, falls der Bauherr ihn demnächst mit eigenen Leuten ausführen sollte, dem landwirtschaftlichen Betriebe nicht zugerechnet werden können, abgesehen davon, daß es sich um den Bau eines Wohnhauses handelt. Aus dem letzteren Grunde würde man die Anfuhr der Baustoffe auch dann nicht als eine landwirtschaftliche Arbeit ansehen können, wenn der Bau selbst an Baugewerbtreibende vergeben werden sollte. Hierauf kommt es aber im vorliegenden Falle auch nicht an. Denn zur Zeit des in Rede stehenden Unfalls lag der Bau noch in ungewisser Ferne. Nach der amtlichen Auskunft vom 18. April 1914 war er damals noch nicht einmal in Angriff genommen. Der Zweck, dem das Holz später einmal dienen sollte, ist daher für die Entscheidung ohne Bedeutung. Die Holzanfuhr muß vielmehr für sich allein beurteilt werden.

Hiervon ausgehend, hat das Reichsversicherungsamt in Ansehung der Holzanfuhr die Voraussetzungen des § 921 RVO. für gegeben erachtet. Dort ist vorgeschrieben, daß Tätigkeiten, die ihrer Art nach der gewerblichen Unfallversicherung bei einer Zweiganstalt oder einer Versicherungsgenossenschaft unterliegen, bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft versichert sind, welcher der Unternehmer mit Betriebstätigkeiten derselben Art angehört, wenn diese die anderen Tätigkeiten überwiegen. Da die streitige Holzanfuhr, wie dargelegt, keinem versicherten Betriebe diente, so handelt es sich bei ihr um Tätigkeiten, die an sich bei der Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und -Reittierbesitzer zu versichern sind (zu vgl. § 629 Abs. 2 RVO. sowie Nr. 5 der Bek. des Reichskanzlers v. 10. Oktober 1912, Zentralbl. für das Deutsche Reich S. 787, abgedruckt in den Amtl. Nachr. 1912 S. 925). Nach den Betriebsverhältnissen des Unternehmers ist anderseits ohne weiteres anzunehmen, daß dieser Fuhren außer-

halb seiner Landwirtschaft in geringerem Umfang auszuführen pflegte als solche für landwirtschaftliche Zwecke, mit denen er der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft angehörte. Demgemäß waren seine sämtlichen Fuhren, also auch die streitige Holzanfuhr, bei dieser Berufsgenossenschaft versichert. Unbedenklich ist auch das Aufladen der Stämme, bei dem sich der Unfall ereignet hat, der Fahrzeughaltung zuzurechnen.

Fraglich könnte nur sein, ob etwa das Aufladen des Holzes und das Abfahren bis zur Forstgrenze oder doch bis an einen öffentlichen Fahrweg oder einen für Lastfuhrwerk geeigneten Privatweg dem staatlichen Forstbetriebe zuzurechnen ist. Unter der Herrschaft der ältesten Unfallversicherungsgesetze wurden grundsätzlich innerhalb dieser örtlichen Grenzen die forstwirtschaftlichen Aberntungsarbeiten des Holzkäufers dem forstwirtschaftlichen Betriebe des Grundbesitzers zugerechnet. Diese versicherungsrechtliche Behandlung der bezeichneten Arbeiten ist aber schon durch die Vorschriften des § 1 Abs. 1 Ziff. 7 GUVG. sowie des § 33 Abs. 3 LUVG. v. 30. Juni 1900 und der entsprechenden Paragraphen der damaligen anderen Gesetze durchbrochen worden. Durch die erstgenannte Vorschrift sind Holzfällungsbetriebe als solche unter gewissen Voraussetzungen der gewerblichen Unfallversicherung unterstellt worden. Aus den übrigen Vorschriften ergibt sich, daß, sofern der Käufer des Holzes einer Berufsgenossenschaft angehört, diese die Unfälle zu entschädigen hat, welche seinen Leuten in dem Forstbetriebe zustoßen, vorausgesetzt, daß er zu der unfallbringenden Tätigkeit den Auftrag gegeben und für sie die Löhne zu zahlen hat. Forstwirtschaftliche Aberntungsarbeiten des Holzkäufers waren danach dem forstwirtschaftlichen Betriebe nicht mehr zuzurechnen, wenn sie schon von einem anderen Gesichtspunkt aus unter die Versicherung fielen. Das gleiche muß nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung gelten, wenn Betriebe oder Tätigkeiten vorliegen, welche dieses Gesetz der Versicherung neu unterstellt hat. Hierher gehören namentlich die Tätigkeiten beim nicht gewerbsmäßigen Halten von Fahrzeugen. Soweit es sich um solche Tätigkeiten handelt, hat daher die frühere versicherungsrechtliche Behandlung der Aberntungsarbeiten ebenfalls keine Geltung mehr zu beanspruchen. Die bezeichneten Tätigkeiten sind vielmehr, auch wenn sie auf eine forstwirtschaftliche Aberntung abzielen, bei der Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und -Reittierbesitzer oder unter den Voraussetzungen des § 921 RVO. bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft versichert. Diese Voraussetzungen sind, wie oben erörtert, im vorliegenden Falle gegeben. Die Beiladung der Ausführungsbehörde für die Versicherung der staatlichen Forstbetriebe kam danach nicht in Frage. Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft war vielmehr zur Entschädigung des Verletzten zu verurteilen.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Vertragsmäßiger Beitritt zu einer Betriebspensionskasse als „Versicherung."

Entsch. des **Reichsgerichts** vom 14. Januar 1916 (III 325/15).

Bei einer Württembergischen Versicherungsanstalt besteht eine Pensionskasse, an der sich zu beteiligen jeder ihrer ständig angestellten Beamten berechtigt und verpflichtet ist, sobald er das 23. Lebensjahr zurückgelegt, das 40. aber noch nicht überschritten hat. Von den Beiträgen der Beamten erhob die Steuerbehörde für den Monat Oktober 1913 eine Reichsstempelabgabe (Versicherungsvertragsstempel) von 2,50 M., deren Rückzahlung, weil zu Unrecht erhoben, die Versicherungsanstalt im Klagewege verlangt; sie meinte, durch die Beteiligung ihrer Beamten an der Pensionskasse entstehe überhaupt kein Versicherungsverhältnis, es handle sich dabei nur um eine Wohlfahrtseinrichtung. Landgericht und Oberlandesgericht Stuttgart haben die Klage abgewiesen. Das Reichsgericht hat die Revision zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Es kann richtig sein, daß es sich bei der Pensionskasse um eine Wohlfahrtseinrichtung handelt, ohne daß dadurch das Bestehen einer Versicherung notwendig ausgeschlossen wird; denn auch eine Einrichtung, durch die oder bei der die einem gewissen Kreise angehörenden Personen zur Eingehung von Versicherungen veranlaßt oder angeregt werden, kann Wohlfahrtszwecken dienen und das ganze Rechtsgebilde der Versicherung oder mindestens die Lebensversicherung darf, unbeschadet der damit verbundenen Erwerbszwecke des Versicherers, als eine Wohlfahrtseinrichtung gelten. Wären die Leistungen der Pensionskasse an die Beamten oder deren Hinterbliebene nur freiwillige Unterstützungen, so könnte freilich von einer Versicherung nicht die Rede sein. So liegt aber die Sache nicht. Auf diese Leistungen haben der Beamte und seine Hinterbliebenen nach dem Statut gegebenenfalls einen Rechtsanspruch. — Eine gesetzliche Begriffsbestimmung der Versicherung ist nicht erfolgt. Man wird nicht einmal sagen können, daß die Versicherung notwendig einen Vertrag

voraussetze; denn ein Versicherungsverhältnis kann auch unmittelbar durch das Gesetz begründet werden. Im vorliegenden Falle beruht aber die Zugehörigkeit zur Kasse jedesmal auf einem Vertragsschluß. Der nach dem Statut erforderliche Beitritt bildet den Vertrag, woran es nichts ändert, daß regelmäßig Recht und Pflicht zu diesem Vertragsschlusse besteht, er also von dem einen wie von dem anderen Teile gefordert werden kann. Für den Begriff des Versicherungsvertrags ist jedenfalls vorauszusetzen, daß der eine Teil gegen Entgelt sich für den ungewissen Fall des Eintritts einer für die wirtschaftlichen Verhältnisse eines andern nachteiligen Tatsache zu einer Vermögensleistung verpflichtet. Freilich ist nicht jede derartige Uebernahme fremder Vermögensgefahr Versicherung. Sie ist es nicht, wenn sie nur eine unselbständige Nebenabrede zu einem andersartigen Geschäfte, dem Hauptgeschäfte, bildet. Neben dem Dienstvertrag, durch den die Klägerin ihre Beamten anstellt, bildet aber der Beitritt zur Pensionskasse einen rechtlich selbständigen Vertrag, der keineswegs als Nebenabrede nur Teil des Anstellungsvertrags ist. Es fehlt auch nicht an dem Begriffserfordernis der Entgeltlichkeit, da der beigetretene Beamte ein Eintrittsgeld und ordentliche sowie außerordentliche Beiträge zu entrichten hat und das Recht auf die Bezüge aus der Kasse durch die Leistung dieser Beiträge bedingt ist. Das hieraus sich ergebende Entgeltlichkeitsverhältnis wird nicht dadurch beseitigt, daß die Beiträge der Kassenmitglieder im Verhältnis zu den der Kasse gegebenenfalls obliegenden Leistungen niedrig sind und daß die Klägerin selbst Beiträge leistet, die viel höher sind als die Mitgliederbeiträge. Die niedrige Bemessung der Mitgliederbeiträge erklärt sich, neben dem Wunsche, tüchtige Beamte an den Dienst der Klägerin zu fesseln, auch aus Rücksicht auf die laufenden Dienstleistungen der Mitglieder in ihrem Amte. Diese Dienstleistungen werden, unbeschadet des dafür bezogenen Gehalts, auch mit als Entgelt für die Uebernahme der Leistungen aus der Pensionskasse angesehen. Das Entgelt der Mitglieder besteht also nicht lediglich in ihren, für sich allein betrachtet nicht zureichenden, der Gegenleistung nicht gleichwertigen Barbeträgen, sondern auch in ihren Amtsleistungen im Dienste der Klägerin — Hiernach sind für die Zugehörigkeit zur Pensionskasse die Begriffsmerkmale der Versicherung gegeben.

Sprechsaal.

Eingliederung der Angestelltenversicherung in die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung?

Als die Erkenntnis der Notwendigkeit, eine soziale Versicherung, auch für den unselbständigen Mittelstand zu schaffen, hinreichend gereift war, um die Form und die Mittel der technischen Durchführung gesetzgeberisch zu erwägen, trat sofort die Frage in den Vordergrund, ob für den neuen Versicherungszweig eine besondere Form, eine besondere Anstalt mit selbständiger Verfassung und besonderen Verwaltungs- und Rechtsprechungsstellen zu schaffen, oder ob er an die bisherige Invalidenversicherung anzugliedern sei. Die Frage hatte eine versicherungstechnische und eine politische Seite. In ersterer Hinsicht kam gegenüber der von vielen erwogenen Absonderung zunächst das gewichtige Bedenken der größeren Belastung unserer Volkswirtschaft durch die Kosten einer neuen, riesigen Verwaltungs- und Behördenorganisation, dann aber auch das Bedenken in Betracht, daß, während man sogar wegen der für die breiten Massen kaum übersehbaren Vielgestaltigkeit der Organisationsformen der älteren Versicherungszweige deren Zusammenlegung ernstlich erwog, es unvernünftig erscheinen wollte, diese Formen und Verwicklungen noch zu vermehren. In politischer Hinsicht wurde in mehr oder weniger verhüllter Form als ein Beweggrund für die Absonderung des neuen Versicherungszweiges zugestanden, daß eine Verbindung mit den schon vorhandenen Zweigen und das hierdurch bedingte Zusammenwirken sozial gesonderter Volksklassen leicht ein Eindringen sozialdemokratischer Anschauungen und Strebungen in solche Kreise zur Folge haben könne, die davon bisher noch im wesentlichen frei geblieben waren. Von anderer Seite wurde von einem solchen Zusammenwirken eher eine im Staatsinteresse erwünschte Ausgleichung von Klassengegensätzen erwartet.

In der „Arbeiter-Versorgung" ist diesen Fragen von Anfang an Aufmerksamkeit zugewendet worden. Wir verweisen besonders auf folgende Aufsätze: Jahrg. 1908, Unger S. 225 ff., 627 ff., 671 ff., Potthoff S. 685 ff.; Jahrg. 1909, Meltzing S. 805 ff.; Jahrg. 1911, Brandt S. 288 ff., 435 ff., Meltzing S. 121 ff., 457 ff., Munk S. 169 ff.

Jetzt wird die Frage von neuem aufgerollt durch einen Aufsatz von Prof. Dr. Manes (Berlin) in der von ihm geleiteten „Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft (1916 S. 448 ff.). Die Ueberschrift „Verbilligung der Sozialversicherung durch Eingliederung der Angestelltenversicherung" ist zu eng, weil der Verfasser den Kostenpunkt zwar in den Vordergrund der Betrachtung rückt, aber auch die andern Gesichtspunkte nicht außer acht läßt. Im übrigen begnügen wir uns mit der Mitteilung des folgenden uns zur Verfügung gestellten Auszugs aus dem Aufsatze, der vermutlich weitere Erörterungen auslösen wird:

„Der dringende Zwang zur äußersten Sparsamkeit, wie er bei der Vereinfachung des Schreibwerks und in der Verminderung des Papierverbrauchs zu amtlichen Zwecken in Erscheinung tritt,

sowie die Herrschaft des Schützengrabengeistes können an der Sozialversicherung nicht spurlos vorübergehen. Auch hier muß die Frage gestellt und ohne Rücksicht auf alle Sonderinteressen beantwortet werden: sind Ersparnisse möglich, ohne die Hauptzwecke der Sozialversicherung zu gefährden? Sind also insbesondere bei den Verwaltungskosten Ersparnisse zu erzielen? Müssen wir nicht irgendwelche Folgerungen daraus ziehen, daß der Weltkrieg uns ein Volksheer gebracht hat, eine Abwehr der Feinde durch Millionen Kämpfer, die in Reih und Glied ohne Unterschied der Geburt, des Standes, der Bildung, der Parteizugehörigkeit durchhalten?

Wer würde, wenn man diese Frage ihm vorlegt, nicht erinnert werden an alle Einwendungen, die vor noch nicht langer Zeit von Praktikern wie von Theoretikern, von Sozialpolitikern wie von Versicherungstechnikern gegen die Sondergestaltung der deutschen Angestelltenversicherung vorgebracht wurden, wie wir sie durch das Gesetz vom 20. Dezember 1911 bekommen haben? So wenig der Gedanke ernsthaft bekämpft worden ist, die Segnungen, denen der deutsche Arbeiter durch die Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung teilhaftig wird, auf Angestellte in ähnlichen Einkommensverhältnissen auszudehnen, so schwerwiegende Bedenken wurden damals laut gegenüber dem dann zur Ausführung gelangten Plan, für die Angestelltenversicherung eine vollständig neue Verwaltungsorganisation zu schaffen mit einem höchst kostspieligen Beamtenapparat, die unbedenklich als volkswirtschaftliche Verschwendung damals wie heute bezeichnet werden müssen. Betragen doch schon jetzt jährlich die Verwaltungskosten 3 Mill. M., und 10 Mill. M. sollen für ein Gebäude verausgabt werden, in das die Reichsversicherungsanstalt einziehen soll, ein Gebäude mit Arbeitsräumen für 3000 Beamte, nur um 135000 Angestellte, die mehr als 3000 bis 5000 M. Jahreseinkommen haben, unter Zwangsversicherung zu bringen.

Wenn Ende 1911 bei der eigenartigen Lage des Reichstags unsere gesetzgebenden Stellen über alle Einwendungen hinweggegangen sind und das Gesetz beschlossen haben, wie es heute ist, so erscheint es auf den ersten Blick völlig unangebracht, den alten Streit von neuem heraufzubeschwören. Man bedenke aber den Unterschied in unserer ganzen wirtschaftlichen und politischen Lage damals und heute wie in Zukunft. Hätte man die Angestelltenversicherung in die Invalidenversicherung einzugliedern unterlassen, auch wenn man gewußt hätte, daß die Sozialdemokraten im Schützengraben sich gerade so gut, tapfer, zuverlässig und ausdauernd bewähren wie die Angehörigen aller anderen Parteien? Die früheren Auseinandersetzungen von neuem aufleben zu lassen, besteht aber auch deswegen wohlbegründeter Anlaß, weil die Möglichkeit einer Umkehr von dem falschen Wege jetzt noch besteht. Denn die lange Wartezeit, die das Angestellten-Versicherungsgesetz vorsieht, hat bewirkt, daß bisher noch keine Rentenbezüge aus ihr erwachsen sind. Die ganze Organisation hat daher bis jetzt nicht festen Fuß im Volke fassen können. Wenn nun die Möglichkeit bestünde, den Versicherten finanziell im wesentlichen das gleiche zu bieten wie das jetzige Gesetz es vorsieht, aber zu sehr viel niedrigeren Verwaltungskosten unter erheblicher Vereinfachung der gesetzlichen Grundlagen im Anschluß an längst bewährte Sozialbehörden, wenn gleichzeitig mit diesem Umbau die Einbeziehung weiterer Kreise in die Arbeiterversicherung durch die längst ins Auge gefaßte Heraufsetzung der Lohngrenze durchführbar wäre, warum sollte man dann davor zurückschrecken, das Gesetz von 1911 entsprechend umzuformen?

Prof. Dr. Manes will mit seinen Ausführungen zunächst keine andere Wirkung erzielen, als eine neue Erörterung des alten Problems in weitesten Kreisen herbeiführen. Deshalb wird davon Abstand genommen, in größerer Ausführlichkeit auf die Einzelheiten einzugehen. Es genügt ihm eine Zusammenstellung der wichtigsten Punkte, die dafür sprechen, die Angestelltenversicherung als Sonderversicherung neben der allgemeinen Sozialversicherung zu beseitigen, sie vielmehr in die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung unter entsprechender Erweiterung dieser aufzunehmen.

Hierfür spricht vor allem die Erwägung, daß der Endzweck unserer Sozialversicherung, nämlich den sozialen Frieden in weitestem Umfange zu schaffen, gefährdet wird, weil die Zwangsversicherten geradezu in solche einer ersten und einer zweiten Klasse durch die beiden verschiedenen Gesetzgebungen getrennt werden.

Sind Gesetzgeber und Parteien noch heute der Auffassung, daß die durch die Trennung der Sozialversicherung bewirkte künftige Verstärkung und Festlegung von Klassengegensätzen zwischen Arbeitern und Angestellten angebracht ist? Wäre es nicht vielmehr eine Forderung der gesunden Vernunft nach einem so gewaltigen Ringen des geeinten deutschen Volkes, solche Gegensätze durch Gesetzesänderung zu überbrücken, zumal doch der allergrößte Teil der Angestellten der Arbeiterversicherung bereits dauernd angehört?

Die doppelte Organisation, die doppelte Verwaltung und doppelte Rechtsprechung in Invaliden-, Alters und Hinterbliebenenversicherungssachen wird, wenn erst das jetzige Gesetz voll in Wirksamkeit käme, verwirrend und abträglich in weiten Volkskreisen wirken. Die doppelte und umständliche Beitragsentrichtung, die zweifachen Renten, die von zwei verschiedenen Stellen ausgehende Heilbehandlung, die nach verschiedenen Grundsätzen gehandhabt wird und zu verschiedenen Zeiten eintritt, wird die gesamte Sozialversicherung nur weniger volkstümlich machen.

Auch finanzpolitisch ist die völlige Zentralisierung der Angestelltenversicherung, die naturgemäß einen bureaukratischen Geschäftsbetrieb zum Schaden der Versicherten im Gefolge haben muß, keineswegs gleichgültig; denn die Konzentrierung der gewaltigen Deckungsmittel, die sich aus Jahreseinnahmen von 150 bis 200 Mill. M. ergeben, fließen zum Nachteil der Provinzen und Bundesstaaten, aus denen sie stammen, in eine Zentralkasse in Berlin. Muß diese Tatsache nicht zur Anwendung fiskalischer Grundsätze auch bei der Geldanlegung führen? Der Ausbau der gemeinnützigen Wohnungs-, Heimstätten- usw. Bestrebungen steht überall auf der Tagesordnung. Wie sollen die Gemeinden, Genossenschaften, Bauvereine usw. den nach dem Kriege hervortretenden gewaltigen Anforderungen genügen, wenn ihnen dafür, wie jetzt, nur die billigen Geldmittel der Landesversicherungsanstalten zur Verfügung stehen.

Wie Abhilfe zu schaffen ist, wurde schon oben angedeutet, nämlich durch Aufhebung der Angestelltenversicherung als Sonderversicherung und durch Erweiterung der Invaliden-, Alters und Hinterbliebenenversicherung. Man könnte daran

denken, die letzterwähnte Zwangsversicherung bis zu 3000 M. Jahresverdienst in weiteren höheren Lohnklassen auszudehnen und eine freiwillige Versicherung bei 3000 bis 5000 M. Jahresverdienst (rund 135 000 Personen) zu gestatten. Hinzutreten könnte eine Erhöhung der Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auf Grund der Ersparnisse bei Fortfall der kostspieligen Organisation der Angestelltenversicherung, vielleicht unter Herabsetzung und Zusammenfassung der Beiträge der jetzigen Angestelltenversicherung".

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Tagungen von Kassenverbänden.

I. Der Gesamtverband deutscher Krankenkassen (Sitz Essen) hielt am 26. Juni eine Tagung im Reichstagsgebäude ab. Das Kriegsministerium war durch Oberstabsarzt Dr. Hetsch, das Reichsversicherungsamt durch den Senatspräsidenten Steinwand vertreten. Reichstagsabgeordneter Behrens leitete die Versammlung. Den Geschäftsbericht erstattete Reichstagsabgeordneter Becker (Köln). Er teilte mit, daß dem Verbande jetzt 430 Kassen angehören, und wies auf die wichtigen neuen Aufgaben hin, die den Kassen auf dem Gebiete des Kampfes gegen Volkskrankheiten, der Heilung der Kriegsschäden, des Mutter- und Säuglingsschutzes erwachsen werden. Zur Frage der Arzneiversorgung berichtete Verwaltungsdirektor Meyer (Essen). Die Versammlung nahm hierüber folgende Entschließung an: „Die Arzneiversorgung für die Mitglieder der deutschen Krankenkassen bedarf einer gründlichen Aenderung Es ist: 1. eine eingehende Zusammenarbeit zwischen Aerzteschaft und Kassenvorständen notwendig, 2. dahin zu wirken, daß diejenigen Arzneien, welche häufiger gebraucht werden, fabrikmäßig hergestellt und durch die Apotheker abgegeben werden, 3. sind diejenigen Arzneimittel, welche unter Aufwendung hoher Reklamekosten in den Handel kommen, für Kassenmitglieder nicht zu verordnen. Es ist ganz selbstverständlich, daß den Kassenärzten in der Verordnung guter, einwandfreier, erprobter Arzneimittel eine Beschränkung nicht auferlegt werden darf. Ferner wird der Vorstand des Gesamtverbandes beauftragt, mit allem Nachdruck an entscheidender Stelle vorstellig zu werden, daß Spiritus in jeder Form, welcher zur Herstellung von Arzneimitteln notwendig ist, von der Steuer befreit wird." — Der Reichstagsabgeordnete Becker berichtete über das Berliner Abkommen mit den Aerzten und forderte, daß die Regierungen für eine ehrliche Durchführung des Abkommens sorgen. In der Besprechung wurde vor allem auch schleunige Errichtung eines Zentralschiedsamts gefordert. — Das Verhältnis zu den Ersatzkassen erörterte Rendant Greve (Essen). Seiner Forderung, daß diese Kassen überhaupt zu beseitigen, mindestens aber der § 518 RVO. aufzuheben sei, wurde zugestimmt. — Auf Vorschlag des Rechtsanwalts Haberecker (Paussau) wurden noch Leitsätze, betreffend die Einstellung Kriegsbeschädigter bei den Krankenkassen angenommen.

II. Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen (Sitz Essen) hat am 3. Juli in Berlin, im Hotel „Kaiserhof", eine gut besuchte Tagung abgehalten. Das Reichsversicherungsamt war durch den Senatspräsidenten Hanow vertreten. In der Eröffnungsrede wies der Vorsitzende Justizrat Wandel, Direktor der Firma Krupp darauf hin, daß durch den Krieg für die Krankenkassen bedeutsame neue Fragen hervorgetreten seien. Durch die Verhandlungen sollten den Kassen die richtigen Wege zu den neuen Zielen gezeigt werden. Der Verband, der zurzeit 3297 Krankenkassen mit etwa 2,7 Millionen Versicherten umfasse, sei bestrebt, die Kriegsfragen bei den Krankenkassen im vaterländischen Interesse zu erledigen und die einzelnen Kassen dabei nachdrücklich zu fördern. Geschäftsführer Heinemann, Essen, erörterte die Schwierigkeiten, die sich bei Durchführung des allgemeinen Einigungsabkommens zwischen Krankenkassen und Aerzten ergeben haben. Ein solches Friedensabkommen könne zur allgemeinen Zufriedenheit nur dann durchgeführt werden, wenn Meinungsverschiedenheiten im Geiste der Versöhnung erledigt würden, woran es nach Ansicht des Redners die Leiter des Aerzteverbandes hätten fehlen lassen. Dr. Halbach, Essen, berichtete über Verhandlungen zwischen Vertretern der Krankenkassen- und Apothekerverbände, welche die Aussicht böten, daß zum Vorteil beider Teile eine Verständigung über den Arzneibezug der Krankenkassen erreicht würde. Wegen Preistreibereien auf dem Arzneimittelmarkte wurde Einrichtung einer Preisprüfungsstelle auch für diesen Bereich gefordert. Regierungsrat im Reichsversicherungsamt Bracht behandelte die Kriegsbeschädigtenfürsorge der Krankenkassen. Die den Trägern der Krankenversicherung aus dieser Fürsorge erwachsenden Aufgaben müßten aus allgemeinen Gründen großzügig bewältigt werden. Es sei schwierig, einen Maßstab für den von vielen Seiten hierfür verlangten Reichszuschuß zu finden. Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. Weymann, Berlin, zeigte in seinem Vortrage über Bevölkerungspolitik und Krankenkassen, daß diese in umfassender Weise mitarbeiten können, den Geburtenrückgang einzudämmen und die Säuglingssterblichkeit zu beschränken. Professor Dr. Blaschko, Berlin, befaßte sich mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, wobei die von den Invaliden-Versicherungsanstalten in Gemeinschaft mit den Krankenkassen zu schaffenden Beratungsstellen für Geschlechtskranke und ihre planvollen Maßnahmen in den Vordergrund gestellt wurden.

Unfallverhütung und Gewerbehygiene.

In einer von der Ortsgruppe München des Bayerischen Fortbildungsschulvereins einberufenen Versammlung von Vertretern der Aerzte, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen und Lehrer wurde eine Vereinigung zur Förderung des Unterrichtes in Unfallverhütung und Gewerbehygiene

gegründet. Aufgabe der Vereinigung ist: a) das Interesse für den Unterricht in Unfallverhütung und Gewerbehygiene in den berufenen Kreisen zu wecken und zu fördern; b) die Einführung des genannten Unterrichtes in den Fortbildungsschulen zu erstreben; c) den in Frage stehenden Unterricht mit allen Kräften zu fördern. — Die Ortsgruppe München (Geschäftsstelle: Schulvorstand Riedl, Gewerbeschule Liebherrstraße, Rufnummer 20 739, 2—3 Uhr) ladet zum Eintritt ein mit dem Hinweis, daß Beiträge nicht erhoben werden.

Die Besetzung der einzelnen Lohnklassen in der Invalidenversicherung.

Das Reichsversicherungsamt veröffentlichte kürzlich die Zahlen der in der Invalidenversicherung im Jahre 1915 in den einzelnen Lohnklassen vereinnahmten Wochenbeiträge und Zusatzmarken. Diese Ziffern sind immer sehr bedeutungsvoll, da sie Rückschlüsse auf unser wirtschaftliches Leben gestatten. Sie können sowohl zur Beurteilung des Beschäftigungsgrades (der Lage des Arbeitsmarktes) als auch der Lohnverhältnisse benutzt werden. Zu erstgedachtem Zwecke bringt das Reichsarbeitsblatt auch in regelmäßigen Zeiträumen Mitteilungen über die Beitragseinnahmen bei den einzelnen Landesversicherungsanstalten. Einen noch besseren Maßstab als diese Angaben bilden aber für die Beurteilung des Arbeitsmarktes die Zusammenstellungen über die Zahl der umgesetzten Wochenbeiträge.

Nach den Mitteilungen des Reichsversicherungsamts verminderte sich die Zahl der vereinnahmten Wochenbeiträge bei den Versicherungsanstalten von 750 610 659 im Jahre 1913 auf 678 388 373 im Jahre 1914 und 583 938 902 im Jahre 1915. Das ist eine ziemliche Verminderung. Zusatzmarken wurden im Jahre 1915 zusammen 28 219 verkauft. Gegen frühere Jahre ist das eine erhebliche Zunahme. Nach den im Jahre 1915 verkauften Marken hat den größten Umfang die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz mit 62 601 261 Wochenbeiträgen, den geringsten die Anstalt Oberpfalz mit 3 581 703 Wochenbeiträgen. In den einzelnen Klassen wurden verwendet: Klasse I 47 072 842, Klasse II 125 366 448, Klasse III 154 551 833, Klasse IV 85 497 135, Klasse V 171 450 644 Beiträge.

Wenn auch bei der Zuteilung kleinere Abweichungen zu beachten sind, da diese sich doch zunächst nach der Zugehörigkeit der Versicherten zu den Lohnklassen der Krankenversicherung, teilweise auch nach den ortsüblichen Tagelöhnen richtet, so läßt doch die Anzahl der in den einzelnen Lohnklassen verwandten Beitragsmarken einen wenigstens annähernd richtigen Schluß auf die **Einkommensverhältnisse der Versicherten** zu. Das Ergebnis dieser Feststellung ist um so bemerkenswerter, als gerade bei der Invalidenversicherung die Versicherungspflicht sich auf einen großen Kreis von Personen, nämlich auf alle über 16 Jahre alten gegen Gehalt oder Lohn beschäftigten Personen ohne Unterschied des Berufes, sofern ihr Jahreseinkommen nicht über 2000 M. beträgt, erstreckt. Nimmt man die Nachweisungen der Versicherungsanstalten zur Hand und nimmt man an, daß jeder Versicherte durchschnittlich jährlich 50 Wochenbeiträge entrichtet hat — was nach Beobachtungen den tatsächlichen Verhältnissen entspricht — so ergibt sich folgendes Bild über die Besetzung der einzelnen Lohnklassen in den letzten Jahren:

Jahr	I. Klasse bis 350		II. Klasse 350 bis 550		III. Klasse 550 bis 850		IV. Klasse 850 bis 1150		V. Klasse über 1150	
	Mark Jahresverdienst									
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1903	1 673 363	13	3 762 2[illegible]1	30	3 241 590	27	2 148 290	18	1 464 136	12
1905	1 656 265	12	3 803 326	29	3 327 496	25	2 374 454	18	2 027 482	16
1907	1 573 331	11	3 614 525	26	3 393 648	24	2 656 285	19	2 857 198	20
1908	1 532 892	10	3 521 768	25	3 434 919	24	2 654 107	19	3 226 575	22
1910	1 273 082	9	3 369 274	24	3 622 842	26	2 468 787	18	3 233 652	23
1913	1 149 271	8	3 113 561	20	3 868 017	26	2 484 134	17	4 397 229	29
1914	972 645	7	2 591 533	19	3 490 783	26	2 190 132	16	4 322 674	32
1915	941 457	8	2 507 329	21	3 091 037	27	1 709 943	15	3 429 013	29

Die auf die angegebene Weise ermittelte Zahl der Versicherten verminderte sich von 15 012 213 im Jahre 1913 auf 13 567 767 im Jahre 1914 und 11 678 778 im Jahre 1915. Dabei ist zu bemerken, daß in den Zahlen **nicht** die eingehobenen Wochenbeiträge der zugelassenen besonderen Kasseneinrichtungen enthalten sind.

Die Zusammenstellung zeigt eine fortgesetzte Verschiebung von den unteren nach den oberen Klassen. Ganz besonders die Besetzung der höchsten Klasse nahm stark zu. Diese Veränderung ist teils auf die Steigerung der Löhne, teils auf die gewissenhaftere Heranziehung der Versicherten zur Entrichtung der Beiträge in den richtigen Lohnklassen zurückzuführen. Die von den Versicherungsanstalten eingeführte Kontrolle der Beitragsentrichtung hat sehr „segensreich" gewirkt. Bemerkenswert ist der im Jahre 1915 eingetretene Umschwung. Die Rückwanderung in niedere Klassen ist hauptsächlich auf die umfangreiche Einstellung billigerer weiblicher Arbeitskräfte an Stelle männlicher zurückzuführen.

Bei den einzelnen Versicherungsanstalten ist natürlich die Besetzung der Lohnklassen sehr verschieden. Rechnet man wiederum 50 Wochenbeiträge auf einen Versicherten, so ergibt sich z. B. folgendes:

Versicherungsanstalt im Jahre	I. Klasse bis 350		II. Klasse 350—550		III. Klasse 550—850		IV. Klasse 850-1150		V. Klasse über 1150	
	Mark Arbeitsverdienst jährlich									
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Berlin 1908 . . .	11681	2	135674	20	107670	16	147105	22	270946	40
Berlin 1915 . . .	31807	5	30276	5	127768	21	135208	23	279745	46
Kgr. Sachsen 1908	76662	5	320874	25	353437	28	228790	18	293829	24
Kgr. Sachsen 1915	82307	8	254567	22	315267	27	188062	16	308744	27
Posen 1908 . . .	131172	39	117715	36	43383	14	18963	5	19837	6
Posen 1915 . . .	45235	17	117531	43	75275	24	17649	7	24906	9
Ostpreußen 1908 .	153077	39	144879	37	38944	10	29796	9	19031	5
Ostpreußen 1915 .	89970	31	103403	36	35823	14	21737	7	33326	12

Bei den Versicherungsanstalten mit vorwiegend gewerblich tätigen Versicherten liegt der Schwerpunkt in den hohen Klassen, bei jenen mit landwirtschaftlich Beschäftigten in den niederen. Diese Verschiedenheiten haben auch einen großen Einfluß auf die sonstigen Geschäftsergebnisse der Versicherungsanstalten. F. Kl.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Kann der Antrag auf Ruhen der Rechte usw. nach § 517 RVO. schon vor Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung gestellt werden?

1. **Nach Remscheid.** Antwort: § 517 RVO. bestimmt, daß für „Versicherungspflichtige", die Mitglieder einer Ersatzkasse „sind", auf ihren Antrag die Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse ruhen. Für den Fall des § 520 hat das Reichsversicherungsamt gleichwohl angenommen, daß der Versicherungspflichtige bei Stellung des Antrags noch nicht Mitglied der Ersatzkasse zu sein braucht (vgl. Arb.Vers. 1916 S. 349, dagegen Anm. S. 350). Die Frage, ob er bei Stellung des Antrags bereits Mitglied der Zwangskasse sein muß, ist damit noch nicht entschieden. Diese Frage aber ist nach unserem Dafürhalten unbedingt zu bejahen, auch wenn man jene Entscheidung gelten lassen will. Ausdrücklich setzt das Gesetz den Antrag eines „Versicherungspflichtigen" voraus, und selbstverständlich eines solchen, der derjenigen Kasse anzugehören hat, bei der er den Antrag stellt. Mit Anträgen solcher Personen, die noch nicht in die versicherungspflichtige Beschäftigung eingetreten, also noch nicht versicherungspflichtig und nicht Mitglieder der Zwangskasse sind, hat diese sich in keiner Weise zu befassen.

Verweigerung der Aufnahme eines Kassenmitgliedes durch die Krankenhausverwaltung.

2. **Nach Stuttgart.** Antwort: Die Aerzte sind im allgemeinen nicht verpflichtet, eine Behandlung zu übernehmen, (Arb.Vers. 1916 S. 407 Ziff. 2) und ebensowenig besteht eine allgemeine Verpflichtung eines Krankenhauses zur Aufnahme von Kranken. § 115 RVO. kann auf solche Fälle keine Anwendung finden, denn er betrifft nur die sogenannte Rechtshilfe, und um eine bloße Ueberwachung des Kranken (§ 115 Abs. 2, § 347) handelt es sich nicht. Hat jedoch die Kasse mit dem Krankenhaus, wie sie behauptet, eine Vereinbarung dahin getroffen, daß dieses die im Bezirke ansässigen oder vorübergehend tätigen Mitglieder zu bestimmten Sätzen aufnehmen muß, so kann auf Grund hiervon die Aufnahme verlangt werden, und wenn diese trotzdem verweigert wird, so haftet die Krankenhausverwaltung für die Mehrkosten, die der Kasse infolge der Verweigerung der Aufnahme entstehen. Daß der leitende Arzt „keine Neigung zu der Behandlung des Kranken" habe, weil er arbeitsscheu sei, bildet natürlich keinen triftigen Grund für die Weigerung. Diese könnte nur dann gerechtfertigt sein, wenn der Kranke sich hartnäckig der Hausordnung nicht fügt, diese vielmehr fortgesetzt stört. Eine solche Handlungsweise des Kranken würde einer Ablehnung der angebotenen Krankenhausbehandlung gleich zu erachten sein und die Kasse von der Verpflichtung zur Gewährung der Krankenpflege entbinden. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 3c zu § 184 S. 280).

Die minderbemittelte versicherte Ehefrau eines unversicherten Kriegsteilnehmers hat 1 Mark Wochengeld täglich zu beanspruchen.

3. **Nach G.** Antwort: Der selbstversicherten Ehefrau eines Kriegsteilnehmers, der vor Eintritt in den Heeresdienst nicht versichert war, steht, wenn die Voraussetzung des § 195 RVO. erfüllt ist, Kriegswochenhilfe gemäß § 8 Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (Arb.Vers. 1914 S. 833) zu, also das Wochengeld in Höhe des satzungsmäßigen Betrages, doch ist es auf eine Mark täglich zu erhöhen, wenn die Wöchnerin minderbemittelt ist. Dies ergibt sich aus § 12 in Verbindung mit §§ 7, 4 Bekanntmachung vom 23. April 1915. (Arb.Vers. 1915 S. 301). Demnach hat in dem geschilderten Falle die Wöchnerin, wenn sie minderbemittelt ist, Anspruch auf die Nachzahlung des Unterschiedes von 14,25 M. Diesen Betrag hat der Lieferungsverband der Kasse zu erstatten (§ 14 Bek. v. 23. April 15).

Keine Kriegswochenhilfe für die unversicherte Ehefrau eines Landgendarmen.

4. **Nach Ueckermünde.** Antwort: Voraussetzung für die Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 ist, daß der Ehemann in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leistet. Aber das trifft bei einem Landgendarmen nicht zu. Zwar ist die Landgendarmerie nach der preußischen Verordnung vom 30. Dezember 1820 (Gesetzsammlung 1821 S. 1) militärisch organisiert und „in Rücksicht auf Oekonomie, Disziplin und übrige innere Verwaltung" unter dem Befehl eines Generals als Militärchefs dem Kriegsministerium untergeordnet. Indessen ihre Aufgaben sind polizeilicher Natur. Sie dient der Erhaltung der öffentlichen Sicherheit, Ruhe und Ordnung, und darum ist sie in Ansehung ihrer Wirksamkeit und Dienstleistung unter den betreffenden Zivilbehörden, dem Ministerium des Innern untergeordnet. Es wird ausdrücklich gesagt, daß die Gendarmerie im allgemeinen bestimmt ist, die Polizeibehörden im Innern des Staates zu unterstützen. Sie untersteht daher auch in ihren Dienstobliegenheiten dem Landrat, der Ortspolizeibehörde in Städten; von diesen Behörden wird sie unmittelbar mit Anweisung versehen. Die Landgendarmen leisten also nicht Kriegsdienste, und zwar auch dann nicht, wenn der durch den Krieg veranlaßte Personalmangel, also mittelbar der Krieg sie dazu veranlaßt hat, sich dem Staat,

nachdem sie bereits pensioniert worden waren, wieder zur Verfügung zu stellen. In dem geschilderten Falle fehlt aber noch die zweite Voraussetzung der Bekanntmachung vom 23. April 1915, nämlich die Minderbemitteltheit. Diese liegt nicht vor wenn der Ehemann außer seiner jetzt freilich gekürzten Pension eine Entschädigung von jährlich 1450 Mark erhält. Kriegswochenhilfe nach § 8 Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 kommt nur in Frage, wenn die Ehefrau versichert ist.

Innungskrankenkasse oder Allgemeine Ortskrankenkasse?

5. Nach Liegnitz. Antwort: Zur Innungskrankenkasse gehören nur die Angestellten desjenigen Betriebes, durch den der Arbeitgeber Mitglied der Innung ist. Wenn der frühere Fleischermeister jetzt Inhaber einer Nutz- und Fettviehhandlung ist, so fragt es sich also, ob auch dieser Betrieb die Mitgliedschaft bei der Innung bedingt. Hierfür ist aber deren Satzung maßgebend, ohne deren Kenntnis wir die Frage nicht beantworten können. Wenn in dem Betriebe das Vieh nicht bearbeitet, insbesondere nicht geschlachtet, vielmehr bereits geschlachtet eingekauft und unverändert weiterverkauft wird, so bildet er einen reinen Handelsbetrieb, der nicht zur Innung gehören würde.

Wochenhilfe bei Frühgeburt? — Kein Genehmigungsrecht des Lieferungsverbandes bezüglich der Kriegswochenhilfe. — Wochengeld für versicherte Ehefrauen von Nichtkriegsteilnehmern.

6. S. 100. Antwort: a) Eine Niederkunft im Sinne des § 195ff. RVO. liegt dann nicht vor, wenn die Frucht bereits im vierten Monat der Schwangerschaft abgestoßen wird, also noch nicht ausgetragen war. Vgl. Arb.Vers. 1916 S. 369. Daher kann die Versicherte keine Wochenhilfe beanspruchen. Dagegen ist Krankheit anzunehmen, und es besteht Anspruch auf Krankenhilfe. Der uneheliche Schwängerer hat in solchen Fällen — sofern er nicht etwa die Geschwängerte durch Hinterlist, durch Drohung oder unter Mißbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses zur Gestattung der außerehelichen Beiwohnung bestimmt hat — keinerlei Verpflichtungen. Auch die Ansprüche gegen den Schwängerer setzen eine Entbindung und Geburt voraus. Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch hat der „Vater" des Kindes die Verpflichtungen, als Vater gilt aber, wer der Schwangeren in der Zeit vom 181. bis zum 302. Tage vor dem Tage der Geburt des Kindes beigewohnt hat. Die Beiwohnung nach dem 181. Tage vor dem Abgang der Frucht begründet also — von den erwähnten Ausnahmen abgesehen — keine Ansprüche gegen den Schwängerer, und schon aus diesem Grunde kommen keine Ersatzansprüche der Kasse an ihn in Betracht.

b) Der Lieferungsverband hat kein Genehmigungsrecht bezüglich derjenigen Kassenleistungen, die er der Kasse gemäß § 14 Bekanntmachung vom 23. April 1915 erstatten muß. Infolgedessen muß auch die Kasse das volle Wochengeld bis zu 1 M. sofort zahlen und darf damit nicht etwa warten, bis der Lieferungsverband dies genehmigt, sich also bereit erklärt, den das satzungsmäßige Wochengeld übersteigenden Betrag zu erstatten.

c) Versicherte Ehefrauen von Nichtkriegsteilnehmern haben nur Anspruch auf das satzungsmäßige Wochengeld, nicht auf 1 M. täglich. Denn in § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 ist nicht gesagt, daß der Wöchnerin auch die Leistung aus § 3 Ziff. 2 zustände.

Geltung der Mindestsätze der ärztlichen Gebührenordnung auch für Fachärzte usw.

7. Nach Bochum. Antwort: Der Arzt erklärt: Da er mit der Kasse in keinem Vertragsverhältnis stehe, habe er die K. — einen Dienstboten! — als Privatpatienten behandelt. Die Mindestsätze der Gebührenordnung pflege er als Spezialarzt und Chefarzt nicht anzuwenden. Wir verkennen nicht die Achtung gebietende Vornehmheit dieses Standpunktes. Leider aber hat der Gesetzgeber dem nicht Rechnung getragen. Er verpflichtet alle approbierten Aerzte, nur die niedrigsten Sätze in Rechnung zu stellen, nicht nur wenn Krankenkassen usw., sondern auch wenn nachweisbar Unbemittelte die Verpflichteten sind, nimmt also auch Fachärzte und die, wie es scheint, noch vornehmeren Chefärzte nicht aus (§§ 1, 2 der Geb.Ordg.; Förster Anm. 7, Joachim-Korn Anm. 7 zu § 3). Bei einem Dienstboten spricht die Vermutung dafür, daß er zu den Unbemittelten gehört. Von ihm durfte der Arzt daher nur die Mindestsätze fordern, und mehr als diese braucht die Kasse keinesfalls zu erstatten, wenn die Versicherte etwa höhere Sätze bewilligt und gezahlt haben sollte.

Mißglückter Arbeitsversuch trotz dreitägiger Beschäftigung.

8. Nach Grevenbroich. Antwort: Eine Entscheidung, die ausspricht, daß nach einer dreitägigen Beschäftigung unter keinen Umständen mehr von einem mißglückten Arbeitsversuch gesprochen werden könne, ist uns nicht bekannt geworden. Sie würde auch nicht zutreffen. Es kommt vielmehr darauf an, ob in der Zeit eine ernste Tätigkeit stattgefunden hat. In einem Falle z. B. hat das Landgericht I Berlin einen mißglückten Arbeitsversuch angenommen, obgleich die Beschäftigung sich auf drei Tage erstreckte. In dieser Zeit aber mußte der Kranke seine Arbeit oft wegen Ermüdung unterbrechen, war in Schweiß gebadet und hat an jedem Tage nur 4 bis 6 Stunden gearbeitet (Arb.Vers. 1912 S. 325 f.). Dagegen hat unter anderen Umständen der Braunschweigische Verwaltungsgerichtshof trotz Bestehens einer Krankheit beim Beginn der Beschäftigung, die gleichfalls drei Tage währte, das Vorliegen eines mißglückten Arbeitsversuches verneint (Arb.Vers. 1912 S. 515 f.). Im übrigen verweisen wir auf die grundsätzlichen Ausführungen in Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 22 zu § 165.

Bildung der Rücklage bei der Vereinigung von Kassen.

9. Nach Montabaur. Antwort: Wenn eine Kasse noch nicht 3 Jahre besteht, so ist die Höhe ihrer Rücklage nach dem Jahresdurchschnitt der Ausgabe während der kürzeren Zeit ihres Bestehens zu berechnen. (Vgl. Arb.Vers. 1915 S. 47 Ziff. 7). Entsprechend wird man, wenn eine Kasse durch Vereinigung mehrerer anderer entsteht, den Durchschnitt vom Zeitpunkt der Vereinigung ab zu Grunde legen müssen. Die Rücklage soll so groß sein, daß sie nötigenfalls die mutmaß-

liche Jahresausgabe deckt. Diese wird aber bei einer großen Kasse, die aus drei kleinen gebildet ist, durchaus nicht ebenso groß sein, wie die Ausgaben der einzelnen Kassen zusammen genommen gewesen wären. Im allgemeinen pflegen die Verwaltungskosten bei größeren Betrieben verhältnismäßig geringer zu sein, als bei kleineren. Außerdem können die Satzungen der einzelnen Kassen ihren Mitgliedern Leistungen gewährt haben, die ihrem Betrage nach verschieden von den Leistungen der neuen großen Kasse sind. Es entspricht somit der Zweckmäßigkeit, wenn der Rücklage die tatsächlichen Verhältnisse der neuen großen Kasse, also deren durchschnittliche Jahresausgabe zu Grunde gelegt wird.

Haftung der nach § 46 KVG. verbundenen Krankenkassen aus Arztverträgen des Kassenverbandes.

10. Nach Halle a. S. Frage: Mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung wurden die den Krankenkassenverband bildenden Ortskrankenkassen durch Beschluß des Oberversicherungsamtes aufgelöst. Der Krankenkassenverband als solcher war demnach mit aufgelöst, da die Glieder, die ihn bildeten, bis auf eine Innungskrankenkasse, die ihn allein nicht fortsetzen konnte, nicht mehr bestanden. Der Vorstand des Verbandes hat deshalb die sämtlichen Verträge mit den Aerzten, Zahnärzten usw. gemäß § 302 RVO. gekündigt und eine Aufforderung nach § 301 in den hiesigen Zeitungen erlassen. Es bestehen nun hierseits Rechtsstreitigkeiten, die die Gültigkeit des § 302 für Krankenkassenverbände gemäß § 46 KVG. bestreiten. Wir bitten deshalb um Auskunft, ob der § 301 bezw. § 302 in vorliegendem Falle Gültigkeit auch für Krankenkassenverbände hat.

Antwort: Die §§ 301, 302 RVO. finden beim Mangel einer entsprechenden Vorschrift keine Anwendung auf Kassenverbände. Sie kommen aber im vorliegenden Falle schon deshalb nicht in Frage, weil es sich um einen auf Grund des KVG. errichteten Verband handelt, aus dem beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung alle beteiligten Kassen mit einer Ausnahme ausgeschieden sind, so daß der Verband als solcher unter dem neuen Rechte nicht mehr bestand, also auch die eine übrig gebliebene Kasse als ausgeschieden anzusehen ist. In solchem Falle regeln sich die Folgen des Ausscheidens lediglich nach dem alten Recht, also nach § 46a KVG. (Sonderhoff in Arb.Verf. 1914 S. 107). Diese Vorschrift enthält allerdings nichts über die Haftung der einzelnen Kassen für die Verpflichtungen des Verbandes; aber daraus, daß diesen im Abs. 3 ein Anteil an dem Verbandsvermögen „nach Deckung der Schulden" zugestanden ist, läßt sich entnehmen, daß das Gesetz auch die Pflicht der ausscheidenden Kassen zur Deckung der Verbandsverpflichtungen als selbstverständlich voraussetzt. Es wird entsprechendes zu gelten haben, wie nach § 411 Abs. 3, § 412 RVO. Von dieser ihrer Pflicht gegenüber den Gläubigern konnten die einzelnen aufgelösten oder geschlossenen Kassen sich nur durch die Beachtung der §§ 301, 302 RVO. (die für sie bereits auf Grund der Verordg. v. 5. Juli 1912, Arb.Verf. 1912 S. 489, galten) befreien. Erklärungen des Verbandsvorstandes können die nach §§ 301, 302 erforderlichen Erklärungen der einzelnen Kassenvorstände nur einsetzen, wenn nach den Umständen angenommen werden kann, daß der Verbandsvorstand in Vollmacht der Einzelvorstände gehandelt hat.

Machen Arbeiten für ein anderes Geschäft einen selbständigen Schuhmachermeister krankenversicherungspflichtig?

11. A. O. L. Frage: Ein selbständiger Schuhmachermeister, der neben Bedienung seiner eigenen Kundschaft, Schuhreparaturen für ein Schuhgeschäft ausführt, erhält von diesem das zur Ausführung der Reparaturen benötigte Leder. Alles andere Material und Werkzeug stellt der Schuhmachermeister. Auch steht es ihm frei, wenn nötig, Hilfskräfte zu halten. Für seine Arbeit erhält er, je nach der Reparatur, vorher vereinbarte feste Preise. Der Verdienst dürfte sich auf durchschnittlich wöchentlich 20 M. stellen. Ist er krankenversicherungspflichtig?

Antwort: Die Versicherungspflicht ist zu verneinen. Heimarbeiter ist der Schuhmachermeister sicherlich nicht. Denn er steht in keinem Arbeitsverhältnis, das ihn von der Auftraggeberin gleich einem Arbeiter abhängig machte. Auch als Hausgewerbtreibender kann er nicht gelten. Er betreibt ein selbständiges Schuhwarengeschäft, und in diesem Betriebe führt er auch die Arbeiten für das andere Geschäft aus. Es ist unseres Erachtens nicht angängig, den Betrieb seines Schuhwarengeschäfts von seiner Tätigkeit für das andere Geschäft wirtschaftlich derart zu trennen, daß diese letztere Tätigkeit als ein besonderes Hausgewerbe aufzufassen wäre. Hausgewerbetreibende sind übrigens seit Beginn des Krieges nur dann versicherungspflichtig, wenn sie dazu durch besonderes Ortsstatut erklärt sind (Ges. v. 4. August 1914 Arb. Verf. 1914 S. 570 § 3).

Ausfall des Verdienstes ist nicht Voraussetzung für Krankengeld.

12. Nach B.-S. Frage: Eine bei uns versicherte Schullehrfrau ist erwerbsunfähig erkrankt und läßt die Arbeiten durch ihre Tochter verrichten. Da Krankengeld jedoch nur Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst darstellen soll, so sind wir der Ansicht, daß in diesem Falle Krankengeld nicht zu gewähren ist. Der Verdienst wird durch die stellvertretende Tochter eingebracht.

Antwort: Ihre Ansicht ist durchaus irrig. Der Anspruch auf Krankengeld ist begründet, sobald die Krankheit Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Nicht aber ist auch der Fortfall des Verdienstes Voraussetzung. Das Krankengeld muß daher zum Beispiel auch dann gewährt werden, wenn der Arbeitgeber den Lohn oder das Gehalt fortzahlt (vgl. Hahn, Handb. der Kr.Verf. Anm. 6 f. zu § 182). Im vorliegenden Falle erwirbt den Verdienst auch gar nicht die Kranke, sondern die Tochter, und es wäre nur zu prüfen, ob nun nicht diese durch die Uebernahme der Arbeit versicherungspflichtig geworden ist.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zache

Heft 1145 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 11. August 1916 | Heft 23

Der Wiedereintritt der Kriegsteilnehmer in die Krankenversicherung.

Von Regierungsassessor im Staats-Ministerium des Innern Dr. v. Schelhorn,
Intendanturrat a. K. in München.

Mit der langen Dauer des Krieges mehrt sich die Zahl jener, die aus gesundheitlichen oder wirtschaftlichen Gründen oder mit Rücksicht auf ihr Alter für immer oder doch auf längere Zeit aus dem Kriegsdienst ausscheiden und in die bürgerlichen Verhältnisse zurückkehren. Eine Frage, die zunächst mehr als eine solche für die Zeit nach dem Kriege erschien, erlangt hierdurch erhöhte Bedeutung auch schon für die Gegenwart und die nächste Zukunft: **Wie gestaltet sich der Wiedereintritt der Kriegsteilnehmer in die Krankenversicherung?**

Die Frage ist insofern enge gefaßt, als sie nur von einem „Wieder"-Eintritt spricht. Selbstverständlich ist es auch möglich, daß Kriegsteilnehmer nach dem Ausscheiden aus dem Kriegsdienste erst neu in die Krankenversicherung eintreten, sei es, daß sie erst eine versicherungspflichtige Tätigkeit (§ 165 RVO.) aufnehmen oder zum erstenmal von einer Versicherungsberechtigung (§ 176 RVO.) Gebrauch machen. Beides wird vor allem häufig bei Personen vorkommen, die in jugendlichem Alter als Kriegsfreiwillige eingetreten waren; aber auch ältere Leute werden bestrebt sein, sich die Vorteile der Krankenversicherung zu sichern, zumal wenn sie fühlen, daß ihre Gesundheit im Kriege gelitten hat. Von vielen Seiten wird gewünscht, daß sich das Reich an den Krankenhilfekosten beteilige, die den Krankenkassen für Kriegsteilnehmer erwachsen werden [1]). Sollte dies geschehen, so wäre das für die Kriegsteilnehmer ein weiterer Hinweis, doch ja in eine Krankenkasse einzutreten und ihre Fürsorge als gutes Recht in Anspruch zu nehmen. Als Versicherungsberechtigte kommen nach § 176 Abs. 1 Nr. 3 vor allem auch Kleinunternehmer, ein guter Teil des Mittelstandes in Betracht, nämlich alle Gewerbtreibenden und anderen Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen und deren jährliches Gesamteinkommen nicht 2500 M. übersteigt. Es wird sich fragen, ob nicht diese Einkommensgrenze nach dem Kriege im Hinblick auf das Sinken des Geldwerts und das Steigen der Preise erhöht werden muß. Anderseits ist zu bedenken, daß sie auch nur für den Eintritt in die Versicherung gilt. Wer nach dem Krieg einen Betrieb neu unternimmt oder wieder aufleben läßt, wird häufig damit rechnen, daß er sich im Anfang noch mit bescheidenem Einkommen begnügen muß. In vielen Fällen wird er zunächst kein höheres Jahresgesamteinkommen als 2500 M. zu erwarten haben und deshalb nicht gehindert sein einer Krankenkasse beizutreten. Gerade das mäßige Einkommen

[1]) Vgl. Sonderhoff, Kriegsbeschädigte und Krankenkassen in „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 74 ff.

wird es für ihn auch besonders geraten sein lassen sich zu versichern. Ist er aber einmal in die Versicherung eingetreten, so erlischt seine Versicherungsberechtigung erst, wenn sein regelmäßiges jährliches Gesamteinkommen 4000 M. übersteigt (§ 178 RVO.), und zwar wird das Erlöschen der Mitgliedschaft erst wirksam mit der Zustellung einer Mitteilung des Kassenvorstands, daß diese Tatsache eingetreten ist (§ 314 Abs. 2 a. a. O.).

Wenn das Reich den Weg einschlagen will, den Kriegsteilnehmern in irgend welcher Form durch Vermittlung der Krankenkassen Unterstützungen zuzuwenden, so wird auch die Frage zu prüfen sein, ob ihnen nicht noch in weiterem Umfang als nach den bestehenden gesetzlichen Vorschriften der Beitritt zur Krankenversicherung ermöglicht werden soll. Dies wird namentlich auch dann veranlaßt sein, wenn das Reich seine Wochenhilfe, die sich so sehr bewährt hat, nach dem Kriege fortsetzen und weiterhin ganz oder zum Teil die Krankenkassen mit ihrer Durchführung betrauen wird.

Vorerst aber gelten für den Neueintritt von Kriegsteilnehmern in die Krankenversicherung nur die allgemeinen, genugsam bekannten Vorschriften wie für andere Personen. Es erübrigt sich deshalb hierauf einzugehen.

I. Die Berechtigung zum Wiedereintritt.

Ganz von selbst vollzieht sich der Wiedereintritt früher versicherter Kriegsteilnehmer selbstverständlich bei jenen, die mit der Rückkehr in die bürgerlichen Verhältnisse in versicherungspflichtige Tätigkeit treten. Nach der Art ihrer Beschäftigung und dem Arbeitsort, den sie wählen, richtet sich die Kasse, der sie künftig angehören. Sie treten nicht ohne weiteres ihrer früheren Kasse bei; dies ließe sich mit den §§ 306 ff., insbesondere § 312 RVO. nicht vereinbaren. Mit dem Tage ihres Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung beginnt ihre Mitgliedschaft bei der zuständigen Kasse und hört für sie gleichzeitig die rechtliche Möglichkeit auf, einer anderen Kasse anzugehören. Das Nächstliegende ist es aber natürlich, daß der Kriegsteilnehmer in sein früheres Arbeitsverhältnis und damit auch zu seiner Kasse zurückkehrt. Entscheidet er sich für ein anderes Beschäftigungsverhältnis, so muß er sich vorsehen, ob ihm dies Vorteile oder Nachteile bringt, auch hinsichtlich der Leistungen der zuständigen Krankenkasse. Von den Arbeitgebern muß erwartet werden, daß sie mit allen Mitteln den Kriegsteilnehmern die Wiederaufnahme ihrer alten oder einer ähnlichen Arbeit in ihren Betrieben ermöglichen, auch wenn sie als Kriegsbeschädigte zurückkehren, und sie auch nicht etwa mit Rücksicht auf mögliche Belastung der Krankenkassen dazu drängen, nach § 173 RVO. Befreiung von der Versicherungspflicht zu beantragen[2]). Der wieder als Mitglied eingetretene Versicherungspflichtige kann Krankenhilfe nach Maßgabe der Kassensatzung beanspruchen, ohne Rücksicht darauf, ob eine Erkrankung bei Beginn der Beschäftigung schon bestanden hat.[3]).

Für viele hat die Versicherung während des Kriegs gar keine Unterbrechung erlitten. Es ist denkbar, daß „der Arbeitgeber, um sich die Dienste des eingezogenen Arbeiters oder Angestellten für die spätere Zeit zu sichern, mit ihm die Fortdauer des Arbeitsvertrages und die Fortzahlung des Gehalts auch während des Feldzuges vereinbart" hat. Daß dann „in der Zwischenzeit die tatsächliche Verfügung des Arbeitgebers über die Arbeitskraft ruhte, ist ohne Bedeutung gegenüber dem Umstande, daß er sich durch Uebereinkommen mit dem Angestellten seine Verfügungsmacht über diese Zeit hinaus wahrte" (Hahn in Arb.Vers. 1914 S. 561 f. mit Bezugnahme auf Rosin, Recht der Arbeiterversicherung I S. 174, 177). In diesem Falle mußten selbstverständlich die Beiträge zur Krankenkasse fortentrichtet werden; Mitgliedschaft ohne Beitragspflicht gibt es, von besonderen Ausnahmen (§§ 311, 455 RVO.) abgesehen, nicht. Es mußte auch tatsächlich eine ausdrückliche Vereinbarung vorliegen,

[2]) Der Verfasser darf hierwegen auf seinen Aufsatz über die Versicherung kriegsbeschädigter Arbeiter in Monatsschr. f. Arb.u.Angest.Vers. 1916 Sp. 89 ff. verweisen.

[3]) Amtl. Nachr. 1916 S. 424 f. Nr. 2176.

wonach das Arbeitsverhältnis nicht gelöst werden sollte. Die Vermutung spricht bei Einberufung auf unbestimmte Zeit zum Kriegsdienst für das Gegenteil. Wenn der Arbeitgeber an die Angehörigen des Kriegsteilnehmers einen Teil seines Gehalts weiterzahlte, so stellte dies nach Amtl. Nachr. 1915 S. 371 Nr. 1969 nicht ohne weiteres ein Entgelt, eine Gegenleistung an den Arbeitnehmer, sondern eine (aus vaterländischem Pflichtgefühl entsprungene) freiwillige Zuwendung dar. Hieraus kann nicht geschlossen werden, daß der Arbeitnehmer versicherungspflichtig ist.

Häufiger als diese Fortdauer der Versicherungspflicht während des Kriegsdienstes ist die freiwillige Weiterversicherung. Sie wurde den zuvor versicherungspflichtigen Kriegsteilnehmern durch § 1 des RG. vom 4. Aug. 1914, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (RGBl. S. 334) auch für die Zeit ihres Aufenthalts im Feindesland ermöglicht. Voraussetzung ist nach dieser Vorschrift im Zusammenhalt mit § 313 RVO. nur, daß das infolge Einberufung zu Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidende Kassenmitglied in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert war. Es blieb dann Mitglied, wenn es der Kasse diese seine Absicht binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden anzeigte. Der Anzeige stand es gleich, wenn in der nämlichen Frist die satzungsmäßigen Beiträge voll gezahlt wurden. Dabei konnte nach der herrschenden, auch vom Reichsversicherungsamt bestätigten Anschauung der Versicherte durch seine Familienangehörigen oder auch durch Dritte wirksam vertreten werden, sofern dies nur seinem mutmaßlichen Willen entsprach[4]). Die Versicherung konnte in der bisherigen Klasse oder Lohnstufe erfolgen; nach § 313 Abs. 1 Satz 2 war aber auch Uebertritt in eine niedrigere Klasse oder Lohnstufe gestattet. Dies empfahl sich im allgemeinen nicht; denn damit erniedrigten sich auch Ansprüche gegen die Kasse, namentlich jener auf Krankengeld. Es hätte auch bedacht werden sollen, daß das Gesetz zwar ein freiwilliges Herabgleiten in der Klasse oder Lohnstufe zuläßt, nicht aber ein späteres Wiederaufsteigen des Versicherungsberechtigten. Wer von dem Rechte des § 313 Abs. 1 Satz 2 Gebrauch gemacht hat, bleibt in der gewählten niedrigeren Klasse oder Lohnstufe, solange er nicht wieder in eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit entsprechend höherem Entgelt eintritt; er kann höchstens noch weiter herabgehen bis zur niedrigsten Lohnstufe[5]). Dies muß auch für Kriegsteilnehmer gelten; § 3 des RG. vom 4. Aug. 1914, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, und § 1 der Bek. vom 28. Januar 1915 über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges(RGBl. S. 49) haben hieran nichts geändert. Die Versicherung in niedrigerer Klasse kann sohin für den Kriegsteilnehmer unter Umständen eine dauernde Beeinträchtigung seiner Rechte bedeuten, der allerdings auch die Ermäßigung seiner Beitragspflicht gegenübersteht.

Auch Versicherungsberechtigte, die in die Versicherung freiwillig eingetreten waren (§ 176) konnten die Versicherung während des Krieges fortsetzen; für sie bedurfte es keiner weiteren Vorschrift.

Wer die Versicherung während des Kriegsdienstes, sei es als früherer Pflicht- oder Selbstversicherter, fortgesetzt hat, kann selbstverständlich auch nach seiner Heimkehr weiter freiwilliges Mitglied bleiben, wenn er nicht die etwaige frühere versicherungspflichtige Beschäftigung wieder aufnimmt oder sonst versicherungspflichtiges Kassenmitglied wird. Es gelten insoweit nur die allgemeinen gesetzlichen Vorschriften; einer Sonderregelung bedurfte es auch hier nicht. Sie wäre nur etwa in der schon angedeuteten Richtung angebracht gewesen: Wenn ein Versicherter

[4]) Amtl. Nachr. 1915 S. 372 Nr. 1969 und S. 432 Nr. 1992.

[5]) Amtl. Nachr. 1915 S. 445 Nr. 2000; vgl. auch Arb.Vers. 1915 S. 275 f.

unter dem Einfluß der durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse nicht in seiner bisherigen Klasse oder Lohnstufe Mitglied bleiben konnte, so wäre es nicht unbillig, wenn ihm innerhalb angemessener Zeit nach seiner Rückkehr das Recht zustände, dies rückgängig zu machen und wieder in seine Klasse oder Lohnstufe aufzusteigen. Ausnahmen von den allgemeinen Regeln der Reichsversicherungsordnung sind dagegen für jene getroffen worden, deren Versicherungsverhältnis durch den Krieg unterbrochen wurde. Nur bei ihnen handelt es sich um einen Wiedereintritt in die Versicherung. Dabei ergeben sich verschiedene rechtliche Kombinationen, je nach der Art des Versicherungsverhältnisses vor dem Kriege und nach der Rückkehr. Der Kriegsteilnehmer kann vor dem Kriege versicherungspflichtig oder selbstversichert (§ 176) gewesen sein, er kann sich schon früher nach Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung weiterversichert (§ 313) oder die Selbstversicherung fortgesetzt haben, wenn er nach § 176 der Versicherung freiwillig beigetreten war, später aber die Voraussetzungen für den freiwilligen Eintritt fortgefallen waren. Es kann endlich auch bei Kriegsausbruch die Dreiwochenfrist des § 313 noch gelaufen sein, oder eben zu laufen begonnen haben, innerhalb deren der aus dem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis Ausgeschiedene sich zu entscheiden hatte, ob er freiwillig Mitglied bleiben wollte. Nach der Rückkehr aus dem Kriegsdienste kann es sich handeln um Pflichtversicherung, freiwillige Weiterversicherung an Stelle früherer Pflichtversicherung, Wiederaufnahme der Weiterversicherung oder Selbstversicherung (wenn schon der Eintritt in die Versicherung freiwillig erfolgt war).

Der Fall des Neueintritts oder Wiedereintritts in die Pflichtversicherung wurde schon besprochen. Hier ist es gleichgültig, welcher Art das Versicherungsverhältnis vor dem Kriege war. Wir werden hierauf nur noch bezüglich der Anwartschaften zurückzukommen haben, mit denen der Eintritt oder Wiedereintritt erfolgt. Von dem Ergebnis einer ärztlichen Prüfung des Gesundheitsstandes dürfen die Kassen den sich kraft Gesetzes vollziehenden Beitritt eines Versicherungspflichtigen nicht abhängig machen. Wie schon erwähnt, können die Kassen in diesem Falle auch die Gewährung von Krankenhilfe nicht verweigern, wenn sich nachträglich herausstellt, daß der Versicherte schon bei seinem Eintritt krank war, noch weniger, wenn nur eine Krankheitsanlage bestand. Es macht auch nichts aus, wenn die Krankheit oder Krankheitsanlage auf eine Dienstbeschädigung zurückzuführen ist (Amtl. Nachr. 1916 S. 424 Nr. 2176). Der Kriegsteilnehmer muß nur bei seinem Eintritt in die Beschäftigung imstande gewesen sein versicherungspflichtige Arbeit zu verrichten, selbst auf die Gefahr hin, seine etwa schon vorhandene Krankheit zu verschlimmern.

Nach Ausscheiden des Falles der Uebernahme versicherungspflichtiger Arbeit bleiben nur noch die verschiedenen Möglichkeiten des Eintritts oder Wiedereintritts in ein freiwilliges Versicherungsverhältnis übrig. Hier bestimmte zunächst § 3 des RG., betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung:

Versicherungspflichtige, deren Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 der RVO. erloschen ist, haben das Recht, binnen sechs Wochen nach ihrer Rückkehr in die Heimat in die Krankenversicherung wieder einzutreten, wenn sie während des gegenwärtigen Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben.

§ 314 a. a. O. bezieht sich sowohl auf Leute, die der Versicherung freiwillig beigetreten sind (§ 176), als auf solche, die sich nach Ausscheiden aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung freiwillig weiterversichert haben. Sie alle werden hier unter den Begriff „Versicherungsberechtigte" zusammengefaßt. Gemeinsame Voraussetzung ist für sie, daß sie auch tatsächlich von dem Rechte der freiwilligen Versicherung (mit Einschluß der Fortsetzung der freiwilligen Versicherung und der Weiterversicherung) Gebrauch gemacht haben und dadurch freiwillige Mit-

glieder geworden sind; denn nur in diesem Falle konnte bei ihnen eine Mitgliedschaft erlöschen. Diese Wirkung tritt nach § 314 Abs. 1 ein, wenn Versicherungsberechtigte zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichten und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind. § 314 Abs. 1 trifft aber nicht auf jene zu, die aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden sind, ohne daß sie von dem Rechte der Weiterversicherung Gebrauch gemacht hatten. Infolgedessen konnte auch § 3 des erwähnten Notgesetzes nicht auf solche Leute bezogen werden, und doch bilden sie die große Masse aller bis Kriegsausbruch versicherten Kriegsteilnehmer. Sie auszuschließen war wohl bei Erlassung des Notgesetzes nicht beabsichtigt. Die Fassung des Gesetzes ist aber so mißglückt, daß eine Ergänzung mit Rückwirkung auf den 4. August 1914 notwendig wurde. Sie erfolgte durch § 1 der Bundesrats-Bek. vom 28. Januar 1915 über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 49): „Die Vorschrift des § 3 des Gesetzes, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. Aug. 1914 (RGBl. S. 334) gilt auf für diejenigen, welche zur Zeit ihres Eintritts in Kriegs-, Sanitäts- und ähnliche Dienste für das Reich oder die österreichisch-ungarische Monarchie[6]) zwar gemäß § 313 RVO. zur Weiterversicherung berechtigt waren, von dieser Berechtigung aber keinen Gebrauch gemacht haben."

§ 1 der Bundesrats-Bek. regelt nun den Hauptfall. Er ermöglicht den bis unmittelbar oder kurz vor ihrem Diensteintritt Versicherungspflichtigen die Weiterversicherung. § 3 des Notgesetzes räumte schon früher das Recht die Versicherung fortzusetzen allen jenen ein, die bei Kriegsausbruch, richtiger, bis zu ihrer Einberufung freiwillig versichert waren. Der Wortlaut dieses § 3 ist nach mehrfacher Richtung ungenau. Er ließe die Deutung zu, daß jeder Kriegsteilnehmer zum (selbstverständlich: freiwilligen) Wiedereintritt in die Krankenversicherung berechtigt ist, dessen Mitgliedschaft nur überhaupt nach § 314 Abs. 1 erloschen ist. Das Erlöschen könnte also auch schon geraume Zeit vor dem Kriege eingetreten sein. Aus dem Zusammenhang, in dem die Vorschrift steht, muß aber doch geschlossen werden, daß diese Auslegung zu weit ginge und daß nur Nachteile für die Kriegsteilnehmer beseitigt werden sollten, die mit dem Kriege in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden können. Ihre Mitgliedschaft muß hiernach während der Zeit des Kriegsdienstes erloschen sein; wenigstens der letzte maßgebende Zahltag oder der Schluß der Vierwochenfrist des § 314 Abs. 1 wird in diese Zeit fallen müssen.

Unter dem Wiedereintritt „in die Krankenversicherung" ist jedenfalls der Wiederbeitritt zur früheren Krankenkasse des Kriegsteilnehmers zu verstehen, aus der er wegen Nichtentrichtung der Beiträge ausgeschieden ist.[7]) Daß ihm etwa allgemein ein Wahlrecht unter den Krankenkassen eingeräumt werden wollte, kann nicht angenommen werden. Dies würde sich mit den Grundsätzen der Reichsversicherungsordnung kaum vertragen. Nach ihr ist regelmäßig nur e i n e Krankenkasse zuständig; nur die Versicherungsberechtigten können nach den §§ 238, 243, 245 Abs. 4 und 250 Abs. 2 in beschränktem Umfang die Kasse wählen, in die sie eintreten wollen. Dies gilt aber nicht für die Weiterversicherung nach § 313; sie kann immer nur in der bisherigen Pflichtkasse erfolgen. Wenn auf den zurückgekehrten Kriegsteilnehmer die Voraussetzungen des § 176 (Versicherungsberechtigung im engeren Sinne) zutreffen, dann besitzt er unter Umständen schon nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung das erwähnte beschränkte Wahlrecht; diesen Fall hatte § 3 des Notgesetzes nicht zu regeln. Hier handelt

---

[6]) Schon mit Bundesrats-Bekanntmachung vom 26. November 1914 (RGBl. S. 485) waren die Vorschriften des Gesetzes, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, auch auf Angehörige der österreichisch-ungarischen Monarchie ausgedehnt und war gleichzeitig ausgesprochen worden, daß den dem Deutschen Reiche geleisteten Kriegs-, Sanitäts- und ähnlichen Diensten diejenigen gleichstehen, welche der österreichisch-ungarischen Monarchie geleistet werden.

[7]) H a h n in Arb.Vers. 1914 S. 568.

es sich stets um Fortsetzung eines vor dem Kriege freiwillig (§ 176) oder auf Grund der Versicherungspflicht begründeten Versicherungsverhältnisses (§ 313); es kann deshalb nur die ursprüngliche Kasse in Frage kommen. Hätte § 3 a. a. O. den bisher Selbstversicherten (§ 176) ein besonderes Wahlrecht nach ihrer Rückkehr einräumen wollen, so hätte jedenfalls auch die Frage geregelt werden müssen, ob die von ihnen gewählte Kasse die Aufnahme von der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen könnte, wie dies im § 176 Abs. 3 RVO. vorgesehen ist. Der Verzicht auf dieses Recht konnte doch billiger Weise höchstens der Kasse zugemutet werden, der der Kriegsteilnehmer schon vor dem Kriege angehörte.

Mehr Anlaß zu Zweifeln boten die Worte „nach ihrer Rückkehr in die Heimat." Sie waren jedenfalls nicht wörtlich zu verstehen und entsprangen offenbar der nicht immer zutreffenden Vorstellung, daß der Einberufene in das Kriegsgebiet vor den Feind gekommen und von dort nach Kriegsende an seinen früheren Wohnort zurückgekehrt sein würde. Viele kamen nun aber überhaupt nicht hinaus; sie leisteten als nicht kriegsverwendungsfähig nur Dienst im Standort, der unter Umständen mit ihrem bisherigen Arbeitsort zusammenfiel. Manche wurden schon bald wieder entlassen oder beurlaubt, auf längere oder kürzere Zeit, aber doch so, daß sie wieder in Arbeit treten konnten, nicht wenige gerade zu diesem Zweck, weil der Krieg nicht allein durch den Kampf im Felde gewonnen wird. Sie kehrten selbstverständlich nicht immer genau an den Ort zurück, wo sie bei Kriegsbeginn oder zur Zeit ihrer Einberufung in Arbeit gestanden hatten. Geschah es, um an dem neuen Orte in Arbeit zu treten, so werden sie dort in der Regel Pflichtmitglieder einer anderen Krankenkasse geworden sein. Auch wenn sie nicht aus dem Heeresverband entlassen, sondern nur beurlaubt waren, fielen sie unter die Versicherungspflicht, soweit es sich nicht etwa nur um vorübergehende Dienstleistungen im Sinne des § 168 RVO. mit Bek. des Reichsk. vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756, Amtl. Nachr. S. 802) handelte. Auch Personen des Soldatenstandes sind ja nicht an sich von der Versicherung ausgeschlossen, sondern nach § 172 Nr. 2 RVO. nur versicherungsfrei, solange sie eine der im § 165 bezeichneten Tätigkeiten im Dienste .... ausüben. Die Fortdauer des militärischen Dienstverhältnisses steht der Versicherung nicht im Wege. Sonst hätte auch, wie das Reichsversicherungsamt in Amtl. Nachr. 1915 S. 736 f. Nr. 2105 mit Recht hervorhebt, § 1 des Notgesetzes vom 4. August 1914 den Kriegsteilnehmern nicht die Weiterversicherung ermöglichen können. Hieraus dürfen wir aber mit dem Reichsversicherungsamt noch den weiteren Schluß ziehen, daß auch der Wiedereintritt in die Versicherung nach § 3 des erwähnten Gesetzes allen denen offen stehen muß, die für längere Zeit aus dem Kriegsdienst zurückkehren, wenn sie nur in der Lage sind ihr bürgerliches Leben wieder aufzunehmen, gleichviel ob sie aus dem Militärverhältnis entlassen sind oder nicht. Dies ist offenbar auch der Sinn der Worte „Rückkehr in die Heimat." Dafür spricht schon die Begründung zum RG. vom 4. August 1914, indem sie die Worte gebraucht „Rückkehr in die Heimat oder in die bisherigen Verhältnisse." Auch dies ist aber wohl nicht streng wörtlich aufzufassen. Das Recht zur Weiterversicherung kann nicht von dem Erfordernis der Rückkehr an den ursprünglichen Wohn- oder Arbeitsort abhängen. Das wäre etwas ganz Neues. Nach der Reichsversicherungsordnung erlischt das Recht zur Weiterversicherung bei der bisherigen Kasse nicht mit der Verlegung des Aufenthaltsorts; sonst hätte z. B. § 193 Abs. 3 RVO. keinen Sinn. Der Weiterversicherte wird auch nicht etwa einer anderen Kasse am Sitze seines jeweiligen Aufenthaltsortes überwiesen, sondern bleibt bei seiner ursprünglichen Kasse. Dementsprechend wird „Rückkehr in die Heimat" im Sinne des § 3 a. a. O. nichts anderes bedeuten als Rückkehr in die bürgerlichen Verhältnisse. An welchen Ort der

Kriegsteilnehmer zurückkehrt, ist an sich gleichgültig; nur wird auch auf ihn eine etwaige Satzungsbestimmung nach § 193 Abs. 3 RVO. Anwendung finden: Die Kasse kann ihm hiernach statt der Krankenpflege den Betrag mindestens des halben Krankengeldes dann zubilligen, wenn er sich nicht im Bezirke der Kasse oder des Versicherungsamts aufhält.[8]).

Das Recht zum Wiedereintritt in die Krankenversicherung kann nach § 3 a. a. O. binnen sechs Wochen nach der Rückkehr in die Heimat im oben besprochenen Sinne geltend gemacht werden. Die Form hierfür wird keine andere sein als nach § 310 Abs. 1 Satz 2: schriftliche oder mündliche Anmeldung beim Vorstand oder bei der Meldestelle. (Vergleiche auch den Wortlaut des § 1 Abs. 2 der Bundesrats-Bek. vom 28. Jan 1915: „wenn sie sich zum Beitritt melden").

Wenn zur Zeit der Einberufung eine Anmeldungsfrist nach § 313 RVO. lief, so wurde diese Frist durch den Kriegsdienst nicht unterbrochen. § 3 des Notgesetzes mit § 1 der Bundesrats-Bek. vom 28. Jan. 1915 eröffnet grundsätzlich eine neue, längere Frist an Stelle der Dreiwochenfrist des § 313. Die Sechswochenfrist des § 3 verlängert nicht etwa nur den zur Zeit der Einberufung noch unverbrauchten Rest der Dreiwochenfrist. Hierzu hätte es einer besonderen ausdrücklichen Vorschrift bedurft. Es kann aber vorkommen und vorgekommen sein, daß ein Einberufener noch vor Ablauf der durch den Diensteintritt nicht berührten Dreiwochenfrist wieder entlassen wurde. Hier werden dann die beiden Fristen nebeneinander gelaufen sein. Für den Einberufenen war in diesem Falle, wie der nächste Abschnitt dieses Aufsatzes zeigen wird, die kürzere Frist: oder richtiger: das kürzer befristete Recht zur Weiterversicherung nach § 313 RVO. nicht unter allen Umständen wertlos.

[8]) Amtl. Nachr. 1915 S. 573 Nr. 2042 steht nicht entgegen; hier handelt es sich um einen noch nicht in die bürgerlichen Verhältnisse zurückgekehrten Kriegsteilnehmer, dem die KK. Krankenpflege überhaupt nicht zu gewähren hatte.

II. Aerztliche Untersuchung beim Wiedereintritt.

Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger beginnt nach § 306 RVO. mit dem Tage des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung. Der Arbeitgeber kann unter Umständen die Aufnahme eines Arbeiters von dem Ergebnis ärztlicher Untersuchung abhängig machen. Der Kasse aber steht hierauf kein Einfluß zu; sie muß den eingestellten Versicherungspflichtigen als Mitglied anerkennen. Wie bereits ausgeführt wurde, muß sie auch Krankenhilfe gewähren, wenn die Krankheit schon früher bestand. Wie § 212 RVO. zeigt, kann ja sogar während des Bezugs von Kassenleistungen die Kasse gewechselt werden.

Auch die Weiterversicherung nach § 313 RVO. (nach Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung) vollzieht sich ohne ärztliche Untersuchung. Die Kasse muß den bisher Pflichtversicherten behalten und für ihn aufkommen, auch wenn er bereits krank ist; nur für Krankheiten, die erst in der zweiten und dritten Woche nach dem Ausscheiden eintreten, gelten gewisse Einschränkungen.

Versicherungsberechtigte (im engeren Sinn) — Selbstversicherte —, d. h. solche, die nach § 176 RVO. der Versicherung freiwillig beitreten, erlangen nach der Reichsversicherungsordnung keinen Anspruch auf Kassenleistungen für eine Erkrankung, die beim Beitritt bereits besteht (§ 310 Abs. 2). Die Kasse darf den sich zum Beitritt meldenden Versicherungsberechtigten daraufhin ärztlich untersuchen lassen, ja sogar noch binnen einem Monat den Beitritt Erkrankter mit Wirkung von ihrer Meldung an zurückweisen (§ 310 Abs. 3). Die Kasse kann auch in ihrer Satzung vorsehen, daß der Versicherungsberechtigte ein ärztliches Zeugnis vorlegen muß (§ 176 Abs. 3), und Leute mit nicht genügendem Gesundheitszeugnis abweisen (§ 310 Abs. 3).

Personen, die einmal als freiwillige Mitglieder aufgenommen worden sind, dürfen aber (nach Ablauf der Monatsfrist des § 310

Abs. 3) nicht mehr wegen ihres Gesundheitsstandes ausgeschlossen werden.

§ 3 des Notgesetzes vom 4. August 1914 sieht hinsichtlich der Zulässigkeit einer ärztlichen Untersuchung nichts vor. Wir müssen hieraus schließen, daß die Kriegsteilnehmer auf welche diese Vorschrift Anwendung findet, ohne ärztliche Untersuchung wieder aufgenommen werden müssen und grundsätzlich auch für bereits bestehende Leiden Krankenhilfe beanspruchen können.[9]) In Frage kommen nach den früheren Ausführungen nur Leute, die schon vor dem Kriege freiwillig versichert waren, mit Einschluß der schon vorher Weiterversicherten (§ 313). Daß die Kasse nicht etwa zum zweitenmal den Beitritt eines Versicherungsberechtigten von ärztlicher Untersuchung abhängig machen kann (§ 310 Abs. 3), erscheint auch durchaus billig. Dies entspricht dem Grundsatze der einleitenden Bemerkungen und Erläuterungen, die seinerzeit zur Bundesrats-Bek. vom 28. Jan. 1915 in der Norddeutschen Allgemeinen Zeitung veröffentlicht wurden[10]): „Niemand soll durch die Leistung von Kriegsdiensten hinsichtlich der Anwartschaft geschädigt, die ganze Kriegsdauer also insoweit hinterher als nicht vorhanden betrachtet werden."

Gleichwohl bricht aber Abs. 2 des § 1 der Bundesrats-Bek. vom 28. Jan. 1915 selbst mit diesem Grundsatze:

„Die Kasse kann die im Abs. 1 bezeichneten Personen, wenn sie sich zum Beitritt melden, ärztlich untersuchen lassen. Eine Erkrankung, die beim Wiedereintritt in die Krankenversicherung bereits besteht, begründet für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung."

Diese Vorschrift steht nicht nur im Widerspruch mit § 3 des Notgesetzes, sondern mit gewissen sich aus § 313 Abs. 2 Satz 2 ergebenden Einschränkungen auch mit § 313 RVO., dessen Ergänzung sie eigentlich bildet. Für ihre Erlassung war nur die Rücksichtnahme auf die Krankenkassen und ihre mögliche Belastung maßgebend. Sie stellt den vor dem Kriege Pflichtversicherten ungünstiger als das frühere freiwillige Kassenmitglied. Dies kann Erbitterung hervorrufen. Es ist nur zu hoffen, daß die Kassen, wenn irgend möglich, von dieser Vorschrift keinen Gebrauch machen, so daß sie höchstens einen vielleicht leider nicht ganz zu vermeidenden Notschutz für Kassen in besonders bedrängten Verhältnissen bilden wird.

In diesem Zusammenhang ist auch noch die Frage zu prüfen, ob die Ansprüche eines nach § 3 des Notgesetzes wieder der Versicherung Beitretenden schon während des Kriegsdienstes erkrankten Kriegsteilnehmers mit der Neuanmeldung beginnen oder etwa zurückwirkend bis auf den Tag, an dem er aus der Versicherung ausgeschieden ist. Das Ztr.Bl. der Reichsverf. 1916 bezeichnet in Spalte 240 unten merkwürdiger Weise die letztere Auffassung als vollständig richtig. Begründet wird diese Ansicht dort damit, das Reichsversicherungsamt sage in der Entsch. vom 11. September 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 736 Nr. 2105) ausdrücklich, daß Kriegsteilnehmer berechtigt sein sollen, ihr früheres Versicherungsverhältnis „fortzusetzen". Dieses Wort wird allerdings vom Reichsversicherungsamt in der fraglichen Entscheidung einmal gebraucht. Weiterhin spricht das Reichsversicherungsamt aber klar und deutlich davon, daß die Kriegsteilnehmer das Recht haben, in die Versicherung „wiedereinzutreten" und späterhin: „als freiwilliges Mitglied wieder beizutreten". Hieraus ist zu ersehen, daß das Reichsversicherungsamt die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nicht in dem Sinne versteht, daß die vorhandene Lücke in der Mitgliedschaft wieder beseitigt, daß die Beiträge für die Kriegszeit nachgeholt und nachträglich Krankengeld für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit während des Krieges ausgezahlt wird und ff. Dann hätte auch § 2 des Notgesetzes vom 4. August 1914 keinen rechten Sinn mehr, wonach bei Wartezeiten der Fristenlauf während des Krieges „ruht". Geradezu widersinnig aber würde § 1 Abs. 2 der Bundesrats-Bek. vom

[9]) Ebenso Arb.Vers. 1916 S. 312.
[10]) Vgl. Arb.Vers. 1915 S. 105 ff.

28. Jan. 1915; denn es würde sich das eigentümliche Ergebnis zeigen: Für Krankheiten beim Wiedereintritt in die Versicherung kann die Kasse die Leistung ablehnen, für frühere muß sie nachträglich aufkommen. § 3 a. a. O. spricht aber auch gar nicht von „Fortsetzung" der Versicherung, sondern gewährt den Kriegsteilnehmern nur das Recht „in die Krankenversicherung wieder einzutreten". Die Leistungspflicht der Kasse kann sohin nach allgemeinen Grundsätzen erst mit dem Wiedereintritt beginnen, und dieser hängt von der Wiederanmeldung ab (vgl. § 310 Abs. 1 RVO. und die früheren Ausführungen).

III. Anwartschaften beim Wiedereintritt in die Krankenversicherung.

§ 2 des Notgesetzes vom 4. August 1914 bestimmt allgemein, also für alle Kriegsteilnehmer, mögen sie zuvor pflicht- oder freiwillig versichert gewesen sein: „Hat die Satzung einer Krankenkasse eine Wartezeit für Leistungen bestimmt, so ruht der Fristenlauf für alle Versicherten, die während des gegenwärtigen Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten. Ist die Wartezeit bereits erfüllt, so bedarf es nicht der Zurücklegung einer neuen Wartezeit. Die Zeit, für welche die Beiträge weiter gezahlt werden, wird auf die Wartezeit angerechnet."

Die Reichsversicherungsordnung ermächtigt die Krankenkassen nur in wenigen Fällen zur Festsetzung von Wartezeiten. Diese wenigen Fälle sind aber immerhin bedeutungsvoll genug. Nach §§ 451 und 487 RVO. kann die Satzung für alle unständig Beschäftigten sowie für die Hausgewerbtreibenden und die von solchen hausgewerblich Beschäftigten Anspruch auf Kassenleistungen überhaupt von der Zurücklegung einer Wartezeit von höchstens 6 Wochen abhängig machen. § 207 gestattet den Kassen ferner allgemein, zu bestimmen, daß der Anspruch Versicherungsberechtigter, die der Kasse freiwillig beigetreten sind, erst nach einer Wartezeit von höchstens 6 Wochen beginnt. Am wichtigsten ist in diesem Zusammenhange die Vorschrift des § 208, mit dem § 209 eng zusammenhängt. Die Satzung kann hiernach bestimmen, daß der Anspruch auf Mehrleistungen der Kasse erst nach einer Wartezeit von höchstens 6 Monaten nach dem Beitritt entsteht. . . . Durch Ausscheiden aus der Mitgliedschaft kann diese Wartezeit auf die Dauer von höchstens 26 Wochen unterbrochen werden. Die Dauer erhöht sich für Mitglieder, die zur Erfüllung ihrer Dienstpflicht in Heer oder Marine ausscheiden, um diese Dienstzeit.

Rechtliche Schwierigkeiten verursacht hier hauptsächlich die Frage: Wie verhält sich das Ruhen des Fristenlaufes nach § 2 des Notgesetzes zu der im § 209 RVO. vorgesehenen Unterbrechung. „Ruhen" und „Unterbrechung" dürfte hier auf das gleiche hinauslaufen. Der Zweck des § 2 Satz 1 und 2 ist offenbar der, daß der Kriegsteilnehmer wieder in die früheren Rechte eintreten soll, wie wenn die Zeit des Kriegsdienstes nicht dazwischen liegen würde. Stier-Somlo (Ztr.Bl. der Reichsvers. 1914 S. 362 f.) geht, wenn ich ihn recht verstehe, im Gegensatz zu Hahn (Arb.Vers. 1914 S. 569) noch weiter. Er erblickt in § 2 Satz 1 und 2 ein Vorrecht für den Kriegsteilnehmer, auf das er sich berufen kann, auch wenn er erst nach Jahren wieder der Krankenversicherung beitritt. Unseres Erachtens läßt das Gesetz diese Auslegung nicht zu. Es spricht von nichts anderem, als daß der Fristenlauf während des Kriegsdienstes ruht. Diese Zeit soll nur nichts schaden. Nach ihrer Beendigung aber treten mangels abweichender Vorschrift grundsätzlich wieder die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in ihr Recht. Wer also z. B. unmittelbar vor seiner Einberufung 4 Monate versichert war, und am 1. Oktober 1916 zurückkehrt, befindet sich genau in der rechtlichen Lage eines anderen, der am 30. September 1916 vier Monate der Wartezeit erfüllt hat. Wäre er etwa schon 14 Tage vor seiner Einberufung aus der Pflichtversicherung ausgeschieden gewesen und hätte er von dem Rechte zur Weiterversicherung nach § 313 nicht Gebrauch gemacht, so stände er bezüglich seiner Anwartschaft rechtlich einem

anderen gleich, der mit dem 16. September 1916 aus der Kasse ausgeschieden wäre; von den 26 Wochen Unterbrechung, die § 209 Abs. 1 gestattet, wären schon 2 Wochen abgelaufen; es blieben ihm also noch 24 Wochen. Würde er mit dem Wiedereintritt noch länger zögern, dann allerdings würde ihm der vor dem Kriege zurückgelegte Teil der Wartezeit nichts mehr nützen. § 2 Satz 1 bedeutet insoweit zum Teil eine Wiederholung des § 209 Abs. 2; er geht aber schon deshalb weiter, weil „Leisten von Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten" (§ 2 Satz 1) gegenüber „Erfüllung ihrer Dienstpflicht in Heer und Marine" (§ 209 Abs. 2) den umfassenderen Begriff bildet. § 209 Abs. 2 bezieht sich auch nur auf § 208, d. h. auf die Wartezeit für die Mehrleistungen. Für die Fälle nach § 207 RVO. brachte § 2 Satz 1 etwas völlig Neues. Auch § 451 und § 487 RVO. kannten keine Unterbrechung der Wartezeit durch den Militärdienst als solchen, § 451 Abs. 2 enthält nur eine dem § 209 Abs. 1 entsprechende Vorschrift.

§ 2 Satz 3 des Notgesetzes stellt unseres Erachtens in der Hauptsache nur eine ziemlich selbstverständliche Ausnahme von Satz 1 auf. Er will besagen, daß der Fristenlauf während des Kriegsdienstes nicht unter allen Umständen ruht, sondern, daß er natürlich fortläuft und daß der Kriegsteilnehmer die Wartezeit auch während des Krieges zurücklegen kann, wenn er Kassenmitglied bleibt. Der Kriegsdienst steht dem ja nicht entgegen. Das wesentliche Hindernis, das nach der Reichsversicherungsordnung vorhanden wäre, hat der vorhergehende § 1 beseitigt. Immerhin deutet die Fassung „die Zeit, für welche die Beiträge weitergezahlt werden" darauf hin, daß noch etwas mehr gesagt werden wollte. Nach § 313 besteht das Recht zur Weiterversicherung nur für den, der vor dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung „in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert war." Nach § 2 Satz 3 a. a. O. gilt wohl diese Schranke nicht; es können auch bei vorausgehender kürzerer Pflichtversicherung während des Kriegsdienstes Beiträge mit der Wirkung weiter gezahlt werden, daß die Beitragszeit auf die Wartezeit angerechnet wird.

Zum Schluß noch eine etwas fernliegende Frage: Kann § 2 a. a. O. nicht auch mit § 195 RVO. (Wartezeit für Wochenhilfe) in Verbindung gebracht werden. Wir möchten diese allerdings zweifelhafte Frage nicht von vornherein verneinen. Sanitäts- oder ähnliche Dienste kann auch eine Frau leisten. Auch sie kann vor und nach dieser Dienstzeit versichert sein. Die Dienstleistung kann unter Umständen auch nur kurz gedauert haben; ausgeschlossen wäre es jedenfalls auch ohne den § 2 a. a. O. nicht, daß die 6 Monate des § 195 teils vor, teils nach der Dienstleistung zurückgelegt werden. Gegen die Anwendung des § 2 auf die Wartezeit des § 195 spricht rechtlich eigentlich nur der Umstand, daß § 2 voraussetzt, daß „die Satzung einer Krankenkasse" die Wartezeit bestimmt hat, während sie hier schon im Gesetze vorgesehen ist. Dies möchte aber keinen durchschlagenden Hinderungsgrund bilden; denn abgesehen davon, daß wohl jede Satzung den Inhalt des § 195 wiederholt, wäre doch wohl der Schluß vom Kleineren zum Größeren zulässig; § 2 muß erst recht gelten für eine schon im Gesetze bestimmte Wartezeit.

Daß hinsichtlich der übrigen Wartezeiten (auf Grund der §§ 207, 208, 451 und 487 RVO.) Frauen, die während des Krieges Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten, nicht anders zu behandeln sind als Männer, darüber dürfte kaum ein Zweifel bestehen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wiederaufnahme des Verfahrens wegen einer neuen Urkunde oder wegen Betrugs. Antragsfrist bei Undurchführbarkeit des Strafverfahrens.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 15. Oktbr. 1915 (2859 Amtl. Nachr. 1916 S. 404).

Nach § 1728 Abs. 1 RVO. muß der Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens innerhalb eines Monats nach dem Tage gestellt werden, an dem die Partei den Anfechtungsgrund erfährt. Der Antrag würde also rechtzeitig gestellt sein, wenn am 10. Februar 1914, dem Tage des Einganges des Antrags beim Reichsversicherungsamte, noch kein Monat verstrichen war, seitdem die Beklagte Kenntnis von dem Anfechtungsgrunde, d. h. von den Tatsachen, die die Anfechtung rechtfertigen, erlangt hatte. Da der Beklagten das Schreiben des Dr. A., auf das sie ihre Anfechtung stützt, erst am 10. Januar 1914 bekannt geworden ist, so würde ihr Antrag rechtzeitig sein, falls diese Urkunde die Wiederaufnahme des Verfahrens rechtfertigte. Das aber ist nicht der Fall.

Das Schreiben des Dr. A. ist erst entstanden, nachdem das angefochtene Urteil erlassen war; eine solche Urkunde entspricht der Vorschrift des § 1723 Nr. 6 nicht, da es in ihr ausdrücklich heißt, daß die Partei die Urkunde nachträglich aufgefunden habe oder nachträglich sie zu benutzen instand gesetzt sein müsse. Die Vorschrift verlangt also schon durch ihren Wortlaut, daß die Urkunde bereits vor Erlaß des angefochtenen Urteils vorhanden war. Dies entspricht auch dem Zwecke der Vorschrift, der dahingeht, durch einen außerordentlichen Rechtsbehelf eine Unbilligkeit zu beseitigen, die bei der Urteilsfindung der Partei gegenüber durch die Nichtberücksichtigung eines zwar vorhandenen, aber nicht benutzbaren Beweismittels eingetreten ist.

Soweit die Beklagte ihren Antrag auf § 1723 Nr. 3 RVO. stützt, ist er nicht rechtzeitig gestellt. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Behauptung der Beklagten, der Kläger habe die angefochtene Entscheidung durch Betrug erwirkt, richtig ist. Jedenfalls sind die Tatsachen, aus denen ein solcher Betrug gefolgert werden könnte, der Beklagten schon vor dem 10. Januar 1914 bekannt gewesen. Das Schreiben des Dr. A., auf das sie sich auch zum Nachweis des Betrugs stützt, hat für diesen Nachweis keinerlei Bedeutung. Wenn Dr. A. im Schlußsatz seines Schreibens sagt, „der Kläger war stets unzuverlässig in seinen Angaben, wobei sicherlich die Krankheit das ihre tat“, so hat er sich in derselben oder doch in ähnlicher Weise schon früher in seinem Gutachten vom 31. Dezember 1909 ausgesprochen, wo es heißt „der Kläger ist von Natur nicht zur Uebertreibung geneigt, aber er ist durch die pathologischen Einflüsse der Tropen, wie der Volksmund sagt „fackelich“ geworden und überlegt nicht genau, was er spricht, wenn es auch mit dem Schwunde seines Fiebers neuerdings besser geworden ist“. Auch hier ist die Unzuverlässigkeit der Angaben des Klägers deutlich hervorgehoben und die Krankheit als Mitursache hingestellt. Jedenfalls hat Dr. A. mit der allerdings etwas weitergehenden Fassung im Schreiben vom 9. Dezember 1911 nichts anderes sagen wollen, als er schon in seinem Gutachten vom 31. Dezember 1909 gesagt hat; etwas wesentlich Neues brachte das Schreiben des Dr. A. also nicht, so daß die Kenntnisnahme von diesem Schreiben auch nicht geeignet ist, die Frist des § 1728 Abs. 1 RVO. in Lauf zu setzen.

Der Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens war daher zu verwerfen. . . . (Die weiteren, auf § 1729 RVO. bezüglichen Ausführungen sind bereits im Heft 9 S. 199 mitgeteilt).

Zum Begriffe des „Hauptberufs“ (Ehefrau eines Postverwalters im Hausstand und zugleich als Postgehilfin tätig).

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 18. Dezember 1915 (P. 106/15).

Frau E., geboren 1864, ist bei dem Postamt III. Klasse in S., das ihr Ehemann bis dahin allein verwaltete, seit 1899 tätig. Zunächst vertrat sie von 1899 bis 1901 an jedem zweiten Sonntag ihren Ehemann, ohne dafür von der Postverwaltung einen Entgelt zu erhalten. Alsdann mit der Eröffnung der Kleinbahn nach S. im Jahre 1901 eine Verlängerung der Dienststunden und eine Steigerung des Geschäftsumfanges des Postamtes in S. eintrat, mußte dem Postverwalter zur Unterstützung eine Schreibhilfe gegen eine Jahresvergütung von 360 M. beigegeben werden. Zu diesem Zwecke wurde Frau E. als Schreibhilfe angenommen; sie trat dadurch in ein unmittelbares Dienstverhältnis zur Postverwaltung. Infolge der weiteren Entwicklung des Fernsprechverkehrs usw. mußte die Schreibhilfenstelle im Jahre 1906 in eine Gehilfenstelle mit einer Vergütung von 450 M. jährlich umgewandelt werden. Später ist dann die Vergütung — nach

Einführung einer Mindestgrundvergütung von 500 Mark und infolge von Dienstalterszulagen nach und nach auf 800 M. erhöht worden. Wenn auch dieser Betrag die Vergütung für eine voll in Anspruch genommene Hilfskraft darstellt und damit die Auffassung Platz greifen könnte, daß die Postdienstgeschäfte den Hauptberuf der Frau E. bilden, so liegen doch nach der Auskunft der Kaiserlichen Oberpostdirektion vom 4. November 1914 die Verhältnisse bei dem Postamt in S., das übrigens seinem Geschäftsumfange nach zu den kleinsten Verkehrsämtern des Bezirks gehört, hinsichtlich der Beschäftigungsweise der Gehilfin wesentlich anders als bei dem weitaus größten Teile der übrigen Postämter III. Klasse. Während bei den letzteren die Gehilfinnen vollbeschäftigt, die Dienststunden festgelegt und die Dienstleistungen genau abgegrenzt sind, wird in S. der Dienst in der Hauptsache von dem Postverwalter selbst wahrgenommen, der hierbei nur nach Bedarf (meist nur während der verkehrsstärkeren Stunden) von seiner Ehefrau unterstützt wird. Die Postdienstgeschäfte der Frau E. bestehen hauptsächlich in der Bedienung des Klappenschrankes der Fernsprechvermittlungsstelle sowie in Handreichungen beim Annahme- und Abfertigungsdienst. Diese Arbeitseinteilung ermöglicht es der Frau E., ihren Pflichten als Hausfrau im wesentlichen ohne fremde Hilfe nachzukommen, was nicht geschehen könnte, wenn sie an die Einhaltung der regelmäßigen Dienststunden gebunden wäre. Anderseits übernimmt der Postverwalter freiwillig Mehrleistungen, was im Hinblick auf den Verkehrsumfang des Postamts unbedenklich zugelassen werden kann, aber nicht dauernd von ihm beansprucht werden könnte, wenn ihm statt seiner Ehefrau eine fremde Hilfskraft beigegeben wäre. Zu einem solchen Entgegenkommen wäre er im letzteren Falle wohl auch nicht bereit.

Unter diesen besonderen Verhältnissen läßt sich in Uebereinstimmung mit der Auffassung der Kaiserlichen Oberpostdirektion die Feststellung rechtfertigen, daß Frau E. ungeachtet der Höhe der Vergütung und der täglich auf den Postdienst zu verwendenden beträchtlichen Arbeitszeit (nach ihrer eigenen Angabe durchschnittlich 5 bis 6 Stunden) diesen Dienst neben ihrer Tätigkeit als Hausfrau, also nicht im Hauptberuf, ausübt.

Die durch das Beschwerdevorbringen nahegelegte Frage, ob eine verheiratete Frau, die ihrem Haushalt vorsteht und außerdem als Angestellte im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte beschäftigt ist, in dieser letzteren Eigenschaft im Hauptberufe tätig sein könne, bedarf unter den gegebenen Verhältnissen nicht der grundsätzlichen Erörterung. Es lag offenbar nicht in der Absicht der Frau E., sich durch Uebernahme des Dienstes als Postgehilfin eine Lebensstellung zu gründen. Hierzu bestand auch um so weniger ein Bedürfnis, als das sonstige Einkommen der Eheleute E. (zurzeit 3870 Mark) ohnedies zum Lebensunterhalt völlig ausreicht. Frau E. hat vielmehr nur die Gelegenheit ergriffen, eine immerhin willkommene Nebeneinnahme dem gemeinsamen Haushalt zuzuführen und einen Posten zu übernehmen, den sie bei der Rücksicht, die Ehegatten gegenseitig aufeinander zu nehmen pflegen, ohne Vernachlässigung ihres Haushalts ausfüllen kann.

Unter welchen Voraussetzungen gehören Dolmetschergebühren zu den Barauslagen im Sinne des § 59 Abs. 2 RVO.?

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 22. April 1916.

Gebühren für die Beiziehung eines Dolmetschers im Einspruchstermin werden regelmäßig dann gemäß § 59 Abs. 2 RVO. von dem Versicherungsträger zu erstatten sein, wenn die als Dolmetscher beigezogene Person als Sachverständiger anzusehen ist und ihr nach § 1579 RVO. ein Anspruch auf Gebühren zusteht. Ob letzteres der Fall, ist Tatfrage.

In der vorliegenden Sache hat in zwei Vernehmungsterminen ein Kreisassistent als Niederschriftführer und zugleich als Dolmetscher mitgewirkt. Er ist daher in seiner Eigenschaft als Beamter des Versicherungsamts bei der Vernehmung tätig gewesen und wird für diese Tätigkeit durch Gewährung seines Beamtengehaltes entlohnt. Da seine Anwesenheit bei der Verhandlung schon durch seine Eigenschaft als Niederschriftführer geboten war, sind durch seine Verwendung als Dolmetscher besondere Kosten für Zeitversäumnis nicht erwachsen, die der Berufsgenossenschaft als bare Auslagen in Rechnung gestellt werden könnten (zu vgl. § 3 der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige, § 1579 RVO.).

Es kann dabei dahingestellt bleiben, ob der Grundsatz des § 22 Abs. 3 der Dolmetscherverordnung vom 18. Dezember 1909 (Justizministerialblatt S. 856 ff.), daß es zu den Amtspflichten eines der fremden Sprache mächtigen Beamten gehört, in einzelnen Fällen als Dolmetscher tätig zu sein, auch im Verfahren vor dem Versicherungsamt entsprechend anzuwenden ist. Denn eine den Beamten etwa zu zahlende „Remuneration" würde zu den Kosten der Gerichtshaltung, also zu den Kosten des Versicherungsamts gehören, die nach § 59 RVO. nicht von den Versicherungsträgern zu erstatten sind. Die Beschwerde der Berufsgenossenschaft gegen die Festsetzung der Dolmetschergebühr ist daher gerechtfertigt. („Berufsgenossenschaft")

B. Zur Krankenversicherung.

Sechswöchige Kassenzugehörigkeit des Ehemannes als Voraussetzung der Kriegswochenhilfe; kurze Unterbrechungen.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** vom 23. April 1915 (7742 K).

Der Arbeiter W., dessen Ehefrau am 19. Okt. 1914 niederkam und Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 beanspruchte, jedoch von der Krankenkasse abschlägig beschieden wurde, war am 17. Aug. 1914 als Landsturm-Kanonier II. Aufg. zum Heeresdienst einberufen worden, nachdem er unmittelbar vorher, nämlich vom 2. Juni 1914 bis zum 16. August 1914 bei dem Baugeschäft Leonhard M. in München in Arbeit gestanden hatte. Bereits am 23. August 1914 wurde er als überzählig wieder entlassen mit der Weisung, jederzeit seiner neuen Einberufung gewärtig sein zu müssen. Konrad W. versuchte zunächst wieder bei Leonhard M. in Arbeit zu treten, was ihm nach Aussage seiner Ehefrau wegen der durch die drohende Wiedereinberufung geschaffenen Unsicherheit und nach Auskunft der Firma auch wegen Einstellung der Arbeiten auf der betreffenden Baustelle nicht gelang. Erst am 28. August 1914 fand er Arbeit bei dem Zimmermeister Kaspar W., mußte jedoch bereits am 19. September 1914 wegen seiner erneuten Einberufung zum Heeresdienst dortselbst wieder austreten. Fest steht ferner, daß W. sowohl in den der ersten wie der zweiten Einberufung vorhergehenden zwölf Monaten nicht 26 Wochen gegen Krankheit versichert war, sowie daß seine Ehefrau auf Grund eigener Versicherung Ansprüche gegen eine Krankenkasse nicht geltend machen kann.

Das Versicherungsamt sprach Wochengeld für die Zeit vom 3. bis 14. Dezember 1914 und Stillgeld für die Zeit vom 3. Dezember 1914 bis 11. Januar 1916 zu aus folgenden Gründen:

Gemäß § 1 der Bekanntmachung des Bundesrats vom 3. Dezember 1914 betreffend Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 492) erhalten während des gegenwärtigen Krieges Wöchnerinnen dann eine Wochenhilfe, wenn ihre Ehemänner in diesem Kriege dem Reiche Kriegsdienste leisten oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert sind und vor Eintritt in diese Kriegsdienste auf Grund der Reichsversicherungsordnung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen gegen Krankheit versichert waren.

Die Frage, ob Luise W. Anspruch auf Kriegswochenhilfe erheben kann, hängt zunächst von der weiteren Frage ab, welche der beiden Einberufungen ihres Mannes zum Heeresdienste als die für die Berechnung der Fristen des § 1 Ziff. II der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 über die Kriegswochenhilfe maßgebende zu erachten ist. In dieser Beziehung ergibt sich aus der Auskunft des Kgl. Bezirkskommandos, daß Konrad W. am 23. Mobilmachungstage als überzählig wieder entlassen und mit Ausnahme der ihm auferlegten Verpflichtung, jeden Wohnungs- und Aufenthaltswechsel binnen 48 Stunden zu melden, in demselben Verhältnis zur Militärbehörde stand, wie vor der ersten Einberufung. Danach hatte seine persönliche Bewegungsfreiheit keine erheblichen Einschränkungen erfahren als es ohnehin schon durch sein in Friedenszeiten bereits bestehendes Militärverhältnis der Fall war. Irgend eine Aenderung gegenüber der Zeit vor dem Kriegsausbruch war also nicht eingetreten. Es hat daher als Einberufungstag im Sinne der erwähnten Bundesratsbekanntmachung nicht der 18. August 1914, sondern der 21. September 1914 zu gelten.

Nachdem nun Konrad W. in den dem 21. September 1914 vorhergehenden 12 Monaten ausweislich der Listen der Allgemeinen Ortskrankenkasse M. und nach den Angaben seiner Ehefrau nicht 26 Wochen gegen Krankheit versichert war, kann der Anspruch der Luise W. auf Kriegswochenhilfe nur dann als gerechtfertigt angesehen werden, wenn ihr Mann unmittelbar vor dem 21. September 1914 wenigstens 6 Wochen einer Krankenkasse angehörte. Vor diesem Tage war Konrad W. vom 2. Juli bis zum 16. August 1914 (Tag vor der ersten Einberufung) von dem Baugeschäft Leonhard M. und vom 28. August bis zum 19. September 1914 von dem Zimmermeister Kaspar W. als in Arbeit stehend gemeldet. Zwischen dem 16. und dem 28. August 1914 lag ein weder durch Pflicht- noch durch Weiterversicherung ausgefüllter versicherungsfreier Zeitraum, während dessen Konrad W. vom 17. bis zum 23. August 1914 beim Militär, vom 24. bis zum 27. August 1914 auf der Arbeitssuche war.

Nachdem Konrad W. vom 21. September 1914 ununterbrochen nur 3 Wochen gegen Krankheit versichert war, nachdem aber auch anderseits auf Grund der früheren Rechtsprechung feststeht, daß die in dem dem § 1 Ziff. II der Bundesratsbekanntmachung vom 3. Dezember 1914 zu Grunde liegenden § 313 RVO. (vgl. auch § 195, 214 RVO.) geforderte dem Ausscheiden aus der Versicherung unmittelbar vorhergehende Sechswochenfrist nicht 6 unmittelbar zusammenhängende Wochen umfassen muß, daß vielmehr geringfügige beim Uebergang von einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zur anderen nicht vermeidbare Unterbrechungen außer Betracht bleiben können, fragt

es sich, ob die vom 17. bis zum 27. August 1914 währende Unterbrechung der versicherungspflichtigen Dienstverhältnisse des W. noch als eine geringfügige Unterbrechung im erwähnten Sinne angesehen werden kann .Das Versicherungsamt hat diese Frage aus folgenden Gründen bejaht:

Das Reichskrankenversicherungsgesetz hatte die Bestimmung (§ 28 Abs. 1), daß die dem Ausscheiden aus der Kasse vorhergehende, damals noch dreiwöchige Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse „ununterbrochen" sein mußte. Infolgedessen konnte schon eine Unterbrechung von einem Tag den Verlust der andernfalls bestehenden Rechte bewirken. Dies beseitigte die Reichsversicherungsordnung, indem sie in den jetzigen Bestimmungen das Wort „ununterbrochen" in Wegfall brachte und die weitere Vorschrift einführte, daß auch eine in den dem Ausscheiden vorhergehenden 12 Monaten bestandene Versicherung von 26 Wochen zur Erhaltung der fraglichen Rechte genüge. Es geschah dies zu dem ausgesprochenen Zweck Erleichterungen für die Versicherten zu schaffen (Begr. zur RVO. S. 162 f.; Komm.-Ber. II S. 194). Um allerdings gleichzeitig die Kasse vor unberechtigter Ausnützung zu schützen, verlängerte die Reichsversicherungsordnung die bisherige Dreiwochenfrist auf 6 Wochen. Es liegt also den diesbezüglichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung die Absicht zu Grunde, den Versicherten ihre Anrechte tunlichst zu erleichtern. Indem gleichzeitig dieser Erleichterung die gesetzliche Fassung gegeben wurde, billigte der Gesetzgeber nur die schon bisher bestehende Rechtsprechung. Denn trotz der scharfen Fassung der Bestimmung des § 28 Abs. 1 KrVG. hatten die rechtsprechenden Behörden geringfügige beim Arbeitswechsel unvermeidbare Unterbrechungen stets außer Acht gelassen. Sie waren sogar noch weiter gegangen und hatten trotz steter Betonung der Ausnahmebestimmung des § 28 a. a. O. und der hiernach zu folgernden strengen Auslegung dieser Gesetzesstelle Unterbrechungen von einigen Tagen noch als gerinfügig erachtet (vgl. Entsch. des Bayer. Verw.-Ger.-H. v. 13. November 1911 bei Reger B 31 S. 523), wobei darauf hingewiesen wurde, daß die Beurteilung der Geringfügigkeit der Unterbrechung stets nach Lage der konkreten Arbeitsverhältnisse erfolgen müsse (vgl. Arb.Vers. 1902 S. 513).

Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Unterbrechung wegen Arbeitswechsel nach den konkreten Verhältnissen geringfügig ist oder nicht, muß man daher hinsichtlich ihrer Dauer nach Anschauung des Versicherungsamtes auch die wirtschaftliche Lage auf dem Arbeitsmarkt in Betracht ziehen. Kann ein Arbeiter beweisen, daß er sich um Arbeit umgesehen hat, und daß er nur wegen der für sein Gewerbe bestehenden wirtschaftlich ungünstigen Konjunktur eine Arbeit nicht erhielt, so erachtet das Versicherungsamt auch eine Unterbrechung von nicht allzu großem Umfange, welche etwa die in den vorstehenden Fällen erwähnte Zeitdauer überschreitet, noch als „geringfügig" im Sinne der Gesetzauslegung.

Ein weiterer bei der Frage nach Geringfügigkeit der Unterbrechung zu beachtender Gesichtspunkt scheint dem Versicherungsamt ferner in der Frage zu liegen, ob durch die im Falle der Bejahung der Geringfügigkeit gewährleisteten Rechte mehr der Allgemeinheit oder der Person des Einzelnen Nutzen erwächst. Auch wird zu berücksichtigen sein, ob und wie für die Kostendeckung Sorge getragen ist. In dieser Beziehung scheint bei aller Berücksichtigung des in der ganzen Sozialpolitik liegenden Gedankens an die Erhaltung der Volksgesundheit und der Volkskraft bei den in den §§ 195, 214 und § 313 RVO. gewährten Rechten die Person des Einzelnen in den Vordergrund zu treten. Auch macht es die ev. Inanspruchnahme der Kasse angesichts des unter Umständen sehr langen und von vornherein nicht zu überblickenden Zeitraumes der Unterstützung zur Pflicht, aus Gründen der Gerechtigkeit einen gewissen Ausgleich zwischen Leistung und Gegenleistung zu schaffen, weshalb in diesen Fällen das Erfordernis einer Kassenmitgliedschaft, d. h. die Entrichtung von Beiträgen für einen gewissen, wenn auch kurzen Zeitraum wünschenswert erschien. Im Gegensatz dazu steht der ganze Zweck der Wochenhilfe unter dem ausschließlichen Gedanken der Rücksicht auf die Allgemeinheit, d. h. hier auf das Staatswohl. Es soll, wie die Denkschrift vom 8. März 1915 über wirtschaftliche Maßnahmen aus Anlaß des Krieges ausführt (Bl. 34), „in dieser die gewaltigsten Opfer von Menschenleben fordernden Zeit auf die Erhaltung und Kräftigung der kommenden Generation schon bei ihrem Eintritt in das Leben Bedacht genommen werden." Deshalb übernimmt auch in allen die Ehefrauen von Kriegsteilnehmern betreffenden Fällen das Reich die Kosten und treffen die Kassen nur die Leistungen bei selbstversicherten Wöchnerinnen. Die in § 1 Ziff. II der Bekanntmachung geforderten Voraussetzungen sind hierbei aus Zweckmäßigkeitsgründen ähnlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung d. h. eben dem § 313 RVO. entnommen worden, ohne daß der Gesetzgeber — wie angesichts des Zweck der Wochenhilfe und der von vornherein feststehenden Höhe der Leistungen im Einzelfall zweifellos angenommen werden darf — einer ev. ungerechtfertigten Inanspruchnahme des Reiches als Träger der Leistungen durch dieselben strengen Grundsätze vorbeugen wollte, wie es bei den entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung unter Umständen nötig ist.

Legt man diese Ausführungen der Beurteilung des Anspruchs der Luise W. zu Grunde, so erscheint er gerechtfertigt. Der zwischen den beiden Beschäftigungszeiten des Konrad W. liegende versicherungsfreie Zwischenraum von 11 Tagen muß nach Lage des Falles als eine geringfügige, die Versicherungsdauer nicht aufhebende Unterbrechung angesehen werden. Konrad W. mußte ohne sein Verschulden die Beschäftigung aufgeben; Gegen alle Erwartung fand, gleichfalls ohne sein Verschulden, nach 6 Tagen bereits wieder die Entlassung aus dem Heeresdienst statt. Wenn er 4 Tage benötigte, um wieder eine Beschäftigung zu finden, so muß dieser Zeitraum angesichts der in den ersten Kriegswochen völlig unsicheren, sich erst den neuen Verhältnissen anpassenden Lage auf dem Arbeitsmarkt, die namentlich im Baugewerbe zu zahlreichen Arbeitseinstellungen führte, noch als kurz bezeichnet werden; das Versicherungsamt würde nicht anstehen, in dieser Richtung sogar eine noch längere mit nachgewiesener Arbeitssuche verbrachte Stellenlosigkeit unter den gegebenen Umständen auf die Versicherungsdauer anzurechnen. Unerwartet rasch wurde W., nachdem er gerade wieder 3 Wochen gearbeitet hatte, erneut zum Heeresdienst einberufen. Es kann nicht die Absicht des Gesetzgebers gewesen sein, einen Versicherten, der bei der ersten Einberufung alle Voraussetzungen für die Wochenhilfe erfüllt hatte, deshalb schlechter als andere Versicherte zu stellen, weil gerade ihn wegen Ueberzähligkeit eine vorübergehende Entlassung traf. Es erscheint vielmehr gerechtfertigt, bei einem solchen Versicherten, der nach wenigen Tagen des Heeresdienstes alsbald wieder in eine Arbeitsstelle eintrat, nur eine durch die augenblicklichen Umstände verursachte unschädliche Unterbrechung der Versicherungsdauer anzunehmen.

Konrad W. war daher als im Sinne des § 1 Ziff. II der Bundesratsbekanntmachung vor seinem Eintritt in den Heeresdienst 6 Wochen versichert zu erachten und damit der Anspruch seiner Ehefrau auf Wochenhilfe als gerechtfertigt anzuerkennen. Demgemäß war die Allgemeine Ortskrankenkasse M. zu verurteilen, an Luise W. vom 3. bis zum 14. Dezember ein Wochengeld von täglich 1 M. das ist von 12 mal 1 = 12 M. und vom 3. Dezember 1914 bis zum 11. Januar 1915 ein Stillgeld von täglich 50 Pf. das ist 40 mal 50 = 20 M. zu zahlen.

Bloßer Arbeitsversuch eines Schwachsinnigen.

Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts (3. Senats) vom 17. April 1916 (II A 139/13).

Durch die angefochtene Entscheidung ist die Beklagte verurteilt worden, dem Kläger die für Verpflegung des Albert K. aufgewendeten Kosten in den Grenzen des § 57 des Krankenversicherungsgesetzes zu ersetzen. Die Revision der Beklagten hiergegen ist begründet. Die Vorentscheidung beruht auf einer Verkennung des Begriffs „vergeblicher Arbeitsversuch“. Nach dem ärztlichen Gutachten handelt es sich bei K. um einen mit höherem Schwachsinn behafteten Menschen, bei dem es schon seit seiner Entlassung aus der Schule in der Natur der Krankheit liegt, daß er arbeitsscheu und trunksüchtig ist, niemals länger als wenige Tage aushält, wenn er sich ausnahmsweise zur Arbeit entschließt, daß er sich zudem überall durch finsteres, trotziges, freches Wesen alsbald unmöglich macht, und daß er auch bei der den Ansprüchen des Klägers zu Grunde liegenden Beschäftigung in der H.'schen Fabrik sogleich durch dieses Wesen aufgefallen und um seiner Frechheit willen gegen einen alten Arbeiter nach zweitägiger Arbeit entlassen worden ist. Es stand also schon bei Beginn seiner Arbeit bei H. fest — wenngleich für H. anfänglich nicht erkennbar —, daß diese Arbeit in kürzester Frist ein plötzliches Ende nehmen müsse, aus Gründen, die nicht in der Arbeit, sondern in der Unfähigkeit des K. zu jeder nachhaltigen Arbeit und zur Wahrung der Arbeitszucht lagen. Demgemäß gibt auch der Arbeitgeber in seiner an den Kläger gerichteten Zuschrift vom 17. Januar 1913 K's. krankhaften Zustand als Entlassungsgrund an. Unter diesen Umständen kann diese Arbeit, die an sich äußerst leicht war, in der Tat nur als ein mißglückter Arbeitsversuch aufgefaßt werden, — wenn sie auch zwei Tage angedauert hat und nicht als wertlos bezeichnet werden kann — weil sie eben vermöge der geistigen Verfassung des K. bereits bei ihrem Beginne den Keim der alsbaldigen notwendigen Auflösung des Arbeitsverhältnisses in sich trug.

Die Verkennung dieser Rechtslage nötigt zur Aufhebung der Vorentscheidung. Bei freierer Prüfung ergeben dieselben Erwägungen, daß K. nicht Mitglied der Beklagten geworden, deren Haftung also nicht begründet und der Klageanspruch ungerechtfertigt ist.

---

§ 169 RVO. setzt voraus, daß die dort bezeichneten Ansprüche gegen den Arbeitgeber auf Grund des derzeitigen Beschäftigungsverhältnisses bestehen.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 4. März 1916 (2195 Amtl. Nachr. 1916 S. 484).

Nach § 169 RVO. sind versicherungsfrei die in Betrieben oder im Dienste eines Bundesstaats usw. „Beschäftigten“, wenn ihnen „gegen ihren Arbeitgeber ein Anspruch“ mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen

der Krankenkassen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes „gewährleistet ist". Daß unter „ihrem Arbeitgeber" nur der gegenwärtige, nicht auch ein früherer Arbeitgeber zu verstehen ist, hat das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 1944 (Amtl. Nachr. 1914 S. 831) dargelegt. Nach der Wortfassung des § 169 der Reichsversicherungsordnung und seiner Entstehungsgeschichte, insbesondere der Auslegung, die der entsprechende § 3 KVG. in der Rechtsprechung erfahren hat (zu vgl. Entsch. des Königl. Bayer. Verwaltungsgerichtshofs v. 22. Juni 1908, Reger, Entsch. 28 S. 514) muß weiter angenommen werden, daß die Befreiung von der Versicherungspflicht nur dann eintritt, wenn den bezeichneten Personen aus dem derzeitigen Beschäftigungsverhältnis der Fürsorgeanspruch gewährleistet ist, nicht auch dann, wenn ihnen aus einer früheren Beschäftigung bei demselben Arbeitgeber der Fürsorgeanspruch zusteht. Wird demnach ein pensionierter Beamter von seinem früheren Arbeitgeber wieder beschäftigt, so genügt der Bezug der Pension als solcher nicht, die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 169 RVO. herbeizuführen (Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2 b zu § 169). Die Befreiung würde in diesem Falle nur eintreten, wenn der Wiederbeschäftigte auch auf Grund des neuen Beschäftigungsverhältnisses Ansprüche der im § 169 erwähnten Art herleiten könnte. Dies war hier nicht der Fall. Auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hat allerdings eine zum Teil abweichende Regelung Platz gegriffen. Zwar genügt nach § 1234 der Bezug eines Ruhegeldes auch nicht, um Befreiung von der Versicherungspflicht herbeizuführen. Nach § 1237 können aber Personen, denen ein Ruhegeld in der dort bestimmten Höhe bewilligt und daneben Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet ist, auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden. Inwieweit diese von der Krankenversicherung abweichende Regelung sich durch die Verschiedenartigkeit der Zwecke der Versicherungsleistungen des Zweiten und Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung rechtfertigen läßt, ist in der Entscheidung 1944 (Amtl. Nachr. 1914 S. 831) erörtert. Jedenfalls bietet § 169 der als Ausnahmevorschrift eng auszulegen ist, nach seinem Wortlaut und der Entstehungsgeschichte keine hinreichende Handhabe, um Beschäftigte wegen des Bezugs eines Ruhegeldes von der Krankenversicherung zu befreien. Hiernach war die Beschwerde als unbegründet zurückzuweisen.

C. Zur Unfallversicherung.

Unschönes Aussehen als entschädigungspflichtige Unfallfolge.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. April 1916 (Ia 4483/15).

Ein Dienstmädchen erhielt wegen erlittener Verbrühung beider Arme und der Brust eine Unfallrente von 15 Prozent, die ihr nach etwa zweijährigem Bezug entzogen wurde, da erwerbsbeschränkende Unfallsfolgen nicht mehr vorlägen. In der hiergegen eingelegten Berufung wurde ausgeführt, daß die schlecht verheilte Narbe an dem Unterarm derart unschön aussieht, daß sie dem Mädchen hinderlich ist, einen Dienst zu erlangen. Die Narbe sei an einer Stelle, die bei einem Dienstmädchen stets unbekleidet ist. Erhielt das Mädchen doch eine Beschäftigung, so nur unter einem geringeren Lohn, den ein gesunder Dienstbote erhält. Das Oberversicherungsamt entsprach der Berufung und führte in seiner Entscheidung aus: „Wenn auch im Laufe der Zeit im Zustande der Narbe eine Besserung eingetreten ist, so ist doch zu berücksichtigen, daß das unschöne Aussehen der wulstigen Narben an beiden Vorderarmen der Klägerin beim Stellungsuchen hinderlich ist und sie zwingt, sich mit weniger gut bezahlten Stellen zu begnügen. Da es auch glaubhaft erscheint, daß die Narben noch Schmerzen verursachen, hielt das Oberversicherungsamt noch eine Schädigung von 15 Prozent für vorliegend. Der Klägerin ist daher die bisherige Rente belassen."

Hiergegen legte die Berufsgenossenschaft Rekurs ein, da eine ausreichende Rechtfertigung der Entscheidung nicht zu erkennen sei. Die Berufsgenossenschaft sei lediglich verpflichtet, den Ausfall an Erwerbsfähigkeit, der sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ergibt, zu entschädigen und nicht rein kosmetische Defekte. Es sei auch nicht erwiesen, daß die Verletzte durch das angeblich unschöne Aussehen der Narben tatsächlich weniger verdienen könne als eine unverletzte Person. Das Reichsversicherungsamt kam zur Abweisung des Rekurses. Gründe:

Nach Prüfung des Sachverhalts hat das Reichsversicherungsamt keinen Anlaß gefunden, von der angefochtenen Entscheidung des Oberversicherungsamtes, das die Klägerin gesehen hat, abzuweichen, da sie die Sach- und Rechtslage zutreffend würdigt. Auch durch die Ausführungen der Beklagten im Rekursverfahren sind die Gründe dieser Entscheidung nicht widerlegt worden. Insbesondere lag kein Anlaß vor, der auf das einwandfreie Gutachten des Dr. Weinreich in Merseburg vom 10. 9. 1915 und den eigenen Augenschein gegründeten Ansicht des Oberversicherungsamts entgegenzutreten, daß die wulstigen Narben an den beiden Vorderarmen der Klägerin die Erwerbsfähigkeit noch in meßbarem Grade beeinträchtigen und die Weitergewährung der bisherigen Rente bedingen.

Derartige körperliche Verunstaltungen wirken namentlich bei Personen, die Dienste persönlicher Art zu leisten haben, wie häusliche Dienstboten, besonders störend, und führen zu einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit.

Anmerkung des Einsenders (F. Kl.): Sind auch die hier festgelegten Grundsätze nicht neu (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Band I S. 263, Anm. 17 Abs. 2 zu § 9 des GUVG.), so ist doch die Entscheidung immerhin von Bedeutung. Der Gesichtspunkt des unschönen Aussehens, das bei einer Verunstaltung des Körpers hervorgerufen wird, bleibt sonst bei der Abschätzung der Unfallsfolgen häufig sehr außer Betracht.

Anfechtung der Zurücknahme eines Einspruchs.

Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. Dez. 1915 (2876 Amtl. Nachr. 1916 S. 457).

Die Erklärung des Klägers vom 12. Juni 1914, mit der er seinen Einspruch gegen den Bescheid der Beklagten vom 25. April 1914 zurückgenommen hat, ist unter Beobachtung der gesetzlich vorgeschriebenen Formen abgegeben worden; insbesondere ist die Niederschrift über die Erklärung gemäß § 47 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 dem Kläger vorgelesen und von ihm genehmigt worden. Diese Niederschrift ist der Beklagten am 12. Juni 1914 zugegangen, und damit ist der in ihr enthaltene Verzicht des Klägers auf weitere Verfolgung seines Anspruchs rechtswirksam und dem einseitigen Widerruf entzogen worden. Die der Berufsgenossenschaft am 13. Juni 1914 zugegangene Mitteilung des Klägers vom 12. Juni 1914, er halte seinen Anspruch aufrecht, hatte daher keinerlei rechtliche Wirkung (zu vgl. § 130 Abs. 1 BGB.). Es blieb nur noch zu prüfen übrig, ob die Anfechtung der Willenserklärung des Klägers auf Grund des § 119 BGB. möglich war (zu vgl. Handb. der Unfallvers. II S. 604 Anm. 6 zu § 16 der Kaiserl. Verordnung, betreffend das Verfahren vor den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung, vom 22. Nov. 1900). Dies mußte jedoch verneint werden, da die Voraussetzungen des § 119 im vorliegenden Falle nicht gegeben sind. Denn der Kläger war über den Inhalt seiner Erklärung nicht im Irrtum, er war sich bewußt, daß er durch sie sein Einverständnis mit dem Bescheide vom 25. April 1914 und seinen Verzicht auf weitere Rechtsverfolgung zum Ausdruck brachte. Auch unterliegt es keinem Zweifel, daß die Erklärungshandlung selbst ein Ausfluß seines wirklichen Willens war. Wenn der Kläger geltend macht, er sei zur Zurücknahme des Einspruchs durch die Belehrung seitens des Vorsitzenden des Versicherungsamts über die völlige Aussichtslosigkeit seines Einspruchs und durch seine Unkenntnis hinsichtlich der Möglichkeit einer Nachprüfung der Entscheidung der Berufsgenossenschaft durch eine höhere Instanz bestimmt worden, so kann dies die Rechtswirksamkeit seiner Willenserklärung nicht beeinflussen. Denn für die Entscheidung, ob ein Irrtum im Sinne des § 119 a. a. O. vorliegt, ist es ohne Belang, aus welchem Beweggrund und auf Grund welcher Erwägungen die Willenserklärung erfolgt ist. Es ist gleichgültig, ob der Erklärende durch eine falsche Vorstellung oder eine irrige Annahme zur Abgabe der Erklärung veranlaßt worden ist. Nach alledem steht die Rechtskraft des Bescheids der Beklagten vom 25. April 1914 fest. Es erübrigte sich sonach, auf die sachliche Berechtigung des Anspruchs einzugehen. Der Rekurs war vielmehr zurückzuweisen.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1916 S. 137 ff.).

Nr. 101. Ein in einer Weberei beschäftigter Garnausgeber, der für die richtige Verteilung des Garns an die Weber verantwortlich ist, die mit dem Abwiegen und der Verteilung im einzelnen beauftragten Personen zu überwachen und ein Verzeichnis über die ausgegebenen Garne zu führen hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 102. Eine Witwe, die ihrem unverheirateten Bruder den Haushalt führt und dafür für sich und ihre beiden Kinder freie Wohnung und freien Unterhalt erhält, wird dadurch nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, daß sie während einiger Monate bei einem Postamt als Markenverkäuferin gegen ein Tagegeld von 2,50 ℳ bei achtstündiger Arbeitszeit beschäftigt wird.

Nr. 103. Als Entgelt im Sinne des § 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gelten die Vertrauensspesen eines Reisenden insoweit, als sie ihm Ausgaben für den Lebensunterhalt ersparen, die er auch gehabt hätte, wenn er nicht gereist wäre.

Nr. 104. Ein Hofmeister, der unter der Aufsicht und näheren Anweisung eines Inspektors land-

wirtschaftliche Arbeiter bei ihren Arbeiten überwacht, aber keine für den Betrieb wesentliche Anordnungs- und Leitungsbefugnisse hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn er regelmäßig selbst körperlich nicht mitarbeitet.

Nr. 105. Ein Assistent an einem Hochschulinstitut, der die Studierenden bei ihren Arbeiten unter Aufsicht des Institutsleiters unterweist und Gelegenheit zu selbständiger wissenschaftlicher Arbeit und Forschung hat, ist nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig, auch wenn er Vorlesungen nicht abhält.

Nr. 106. Für Kriegsteilnehmer, an deren Angehörige der Arbeitgeber einen Teil ihres bisherigen Gehalts als Unterstützung während des Krieges weiterzahlt, sind, auch soweit es sich nicht um volle Kriegsmonate handelt, Beiträge nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht zu entrichten.

Nr. 107. Die Führer von Schleppdampfern auf Binnengewässern sind als Kapitäne im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 6 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 108. Die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 11 des Versicherungsgesetzes für Angestellte tritt erst mit dem Tage ein, an dem der Antrag beim Rentenausschuß (§ 12) eingegangen ist. Die Sondervorschriften des § 229 Abs. 2, § 329 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte sind hier nicht anwendbar.

Nr. 109. Eine Direktrice, die Roben und andere Konfektionswaren nach ihrer Fertigstellung auf fehlerhafte Stellen durchsieht, an der Hand eines sogenannten Legerinnenbuches nach den einzelnen Kommissionen in Kartons zusammenlegt und darüber auf der Rückseite der Kartons und im Legerinnenbuch Notizen macht, ist als Handlungsgehilfin nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 110. Ein in einer Wollkämmerei und Kammgarnspinnerei beschäftigter Dubliermeister, der 6 Dubliermaschinen und 38 Personen zu beaufsichtigen hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn er unter einem Obermeister steht und bei sämtlichen Aenderungen und Reparaturen an den Maschinen Hand anzulegen hat.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Bemerkungen für die Aufstellung des Rechnungsabschlusses und der Nachweisungen für die Statistik der Krankenversicherung.

Zusammengestellt
im Kaiserlichen Statistischen Amte.

Allgemeine Angaben.

Nach einer Verfügung des Herrn Staatssekretärs des Innern vom 17. April 1915 sind die auf Grund der Satzung zu machenden „Allgemeinen Angaben" (S. 2 des Rechnungsabschlusses) — abgedruckt im Zentralblatt für das Deutsche Reich für 1913 Nr. 50 S. 1014 — von allen Krankenkassen zu fordern.

Ziffer 1—3. Nach § 180 Abs. 4 RVO. kann die Satzung statt des durchschnittlichen Tagesentgelts den wirklichen Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten als Grundlohn bestimmen. Hiernach würde entweder die Frage zu Ziffer 1 oder die zu Ziffer 2 mit „Ja" zu beantworten sein.

Für unständig Beschäftigte und für hausgewerbliche Versicherungspflichtige muß stets der Ortslohn (Frage zu Ziffer 3) als Grundlohn festgesetzt werden (§ 450 und 480 RVO.).

Ziffer 7. Nach § 182 Abs. 2 RVO. wird das Krankengeld in der Regel vom vierten Krankheitstage an gewährt, das heißt, es werden außer dem Tage der Erkrankung zwei Wartetage beobachtet. Die Angabe in Ziffer 7 „vom dritten Tage an" gibt zu Zweifeln Veranlassung und ist nur anzugeben, wenn ein Wartetag beobachtet wird.

Rechnungsabschluß.

Vorjähriger Kassenbestand. Im Rechnungsabschluß sind nur Reineinnahmen und Reinausgaben nachzuweisen; eine Abgleichung zwischen Einnahmen und Ausgaben soll nicht gemacht werden. Der aus dem Vorjahr übernommene Kassenbestand ist hiernach im Rechnungsabschluß nicht aufzuführen, sondern nur für die rechnerische Prüfung des in Muster 2 anzugebenden Kassenbestandes des letzten Jahres zu berücksichtigen. Der Kassenbestand am Schluß des letzten Geschäftsjahres muß sich ergeben, wenn man zum vorjährigen Bestand die Reineinnahmen hinzurechnet, hiervon die Reinausgaben in Abzug bringt und zugleich die noch zu vereinnahmenden Ersatzansprüche in A 7 des Musters 2 und die Passiva in B 1 des Musters 2 in Betracht zieht.

Erstattungen und Ersatzleistungen. Im Rechnungsabschluß sind alle Kürzungen an Einnahmen und Ausgaben (Erstattungen und Ersatzansprüche) in Abzug zu bringen.

Die Erstattungen von Trägern der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung, die sogenannten „Ersatzleistungen", sind im Rechnungsabschluß so wie alle übrigen Erstattungen zu verrechnen.

Die von den Versicherungsträgern empfangenen oder noch zu fordernden Ersatzleistungen für Kranken-, Wochen- und Familienhilfe sind von den Rohausgaben in Kap. 4 des Rechnungsabschlusses abzuziehen, dagegen die von der Kasse selbst geleisteten Ersatzzahlungen als Ausgaben in Kap. 4 einzusetzen.

Noch nicht erstattete Leistungen sind nur im Vermögensnachweis (Muster 2) als Aktiva bezw. Passiva unter „Sonstige Forderungen" aufzuführen.

Die im Rechnungsabschluß bereits verrechneten Ersatzleistungen sollen außerdem zur Verwertung für eine besondere Uebersicht der Krankenkassenstatistik am Schluß des Rechnungsabschlusses nochmals in einer Zergliederung nach den Versicherungsträgern zusammengestellt werden; und zwar sind hierbei die Zahlungen an fremde Kassen als Ausgabe, die Ersatzleistungen der fremden Kassen als Einnahme aufzuführen.

Die vom Unternehmer gemäß § 576 RVO. erstatteten Mehrleistungen der Kasse bei Unfällen gelten ebenfalls als „Ersatzleistungen", nicht dagegen die vom Reiche erstattete Kriegswochenhilfe und die gemäß § 1542 RVO. zurückerhaltenen Beträge.

Die erstattete Kriegswochenhilfe und die Erstattungen gemäß § 1542 RVO. sind also nur im Rechnungsabschluß abzusetzen, nicht aber außerdem in der besonderen Zusammenstellung der Ersatzleistungen als Einnahme aufzuführen.

Die nach § 222 RVO. erstattete Krankenhilfe, die drei Achtel des Grundlohnes beträgt, gilt als Ersatzleistung und können hiervon ein Achtel für Arznei und Heilmittel und zwei Achtel für ärztliche Behandlung verrechnet werden, falls nähere Angaben nicht zu erhalten sind.

Kapitel 1. Die der Kasse zufließenden Zinsen sind nur dann bei Kap. 1 (Erträge aus Kapitalanlagen) in Einnahme und bei Kap. 7 in Ausgabe zu buchen, wenn sie nicht, wie z. B. bei Sparkassen, unmittelbar dem Kapital zugeschrieben werden. Im letzteren Falle genügt der Nachweis in der Vermögensnachweisung (Muster 2).

Unter Kap. 1 sind auch Nutzungen aus Grundstücken und Geräten nachzuweisen.

Kapitel 2. Etwa zurückgezahlte Beiträge sind hier in Abzug zu bringen. In Ausgabe haben diese Beiträge nicht zu erscheinen.

Kapitel 4. Die Kosten für Krankentransporte zum Arzt, sowie die Kosten für Fahrten der Aerzte über Land sind unter Kap. 4 Tit. 1 a aufzuführen, während die Buchung von Kosten für Ueberführung der Kranken zum Krankenhaus und der Ausbau für Arznei und Heilmittel (Röntgenaufnahmen) während der Krankenhauspflege unter Kap. 4 Tit. 3 (Krankenhauspflege) stattfinden kann.

Die „Ablebegebühr", die von Krankenhäusern für die Besorgung der standesamtlichen Eintragungen, Bestellung der Leichenfrau usw. verlangt wird, ist ebenfalls unter Kap. 4 Tit. 3 (Krankenhauspflege) einzusetzen.

Die nach Nr. 11 Abs. 3 des Berliner Abkommens von den Kassen zu zahlenden Zuschläge zum Arzthonorar von jährlich 5 Pf. auf den Kopf der Versicherten ist in Kap. 4 Tit. 1 a zu buchen. Die von den Kassen für Rechnung der Aerzteschaft zu machenden Abzüge vom Arzthonorar von jährlich 10 Pf. auf den Kopf der Versicherten sind bei diesem Titel nicht in Abzug zu bringen.

Kapitel 6. Für die Buchung der Ausgaben für Stempelgebühren bei Aerzteverträgen kommt Kap. 6 Tit. 2 „sächliche Verwaltungskosten" in Betracht.

Die Kosten für Einziehung der Beiträge für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung usw. sind bei Kap. 6 „Verwaltungskosten" unter angemessener Verteilung auf die Titel 1 und 2 („persönliche und sächliche") zu verbuchen. Die den Kassen erstatteten und noch zu erstattenden Kosten für Einziehung dieser Beiträge sind, da sie nicht zu den Reineinnahmen und Reinausgaben gehören, im Rechnungsabschluß abzusetzen. Die noch zu erstattenden Kosten für die Einziehung dieser Beiträge sind nur in der Vermögensnachweisung unter A 7 „Sonstige Forderungen" zu buchen. Der am Schluß des Jahres noch vorhandene Markenbestand ist im Vermögensnachweis als zum baren Kassenbestand gehörig nachzuweisen und im Rechnungsabschluß abzusetzen.

Kapitel 7. Unter Kap. 7 des Rechnungsabschlusses sind in Einnahme nur solche Beträge zu buchen, die aus einer Flüssigmachung eigener Vermögensteile, d. h. aus einer Verminderung des Vermögens einkommen. Es werden also nur zurückgezogene Vermögensanlagen in Betracht kommen in Tit. 1 für veräußerte Wertpapiere, in Tit. 2 aus zurückgezogenen Darlehen einschließlich Guthaben bei Bankhäusern, Sparkassen usw., in Tit. 3 aus zurückgezogenen Hypotheken, in Tit. 4 aus der Veräußerung von Grundeigentum und Geräten.

Falls derartige Einnahmen wieder als Kapital angelegt werden, sind sie außerdem bei Kap. 7 in Ausgabe zu buchen und zugleich im Vermögensnachweis als Aktiva bei den betreffenden Nummern nachzuweisen.

Dagegen sind aufgenommene Darlehen und Vorschüsse nur in der Vermögensnachweisung unter Passiva einzusetzen, zurückgezahlte Darlehen und Vorschüsse im Vermögensnachweis unter Passiva abzusetzen.

Die überwiesenen Vermögensbestände — auch der Wert von Geräten — aufgelöster oder geschlossener Krankenkassen sind als „Sonstige Einnahmen" unter Kap. 8 und, falls das überwiesene Vermögen als Kapital angelegt wird, außerdem unter Kap. 7 „Vermögensanlagen" in Ausgabe zu buchen, wobei der Titel je nach Art der Anlage zu wählen sein wird. Außerdem ist ein solcher Vermögenszuwachs in Muster 2 bei den Aktiven unter der zutreffenden Nummer aufzunehmen.

Neuanschaffungen von Geräten — auch solche für gemietete Räume — sind unter Kap. 7 Tit. 4 einzutragen. Als Neuanschaffung gilt auch die Beschaffung von solchen Geräten, die Gegenstände ersetzen, deren Anschaffungswert weniger als 10 % der Kosten für die Neuanschaffung ausmacht.

Mitgliedernachweisung.

In der Nachweisung 3a sind unter Dienstboten im Sinne der Statistik nur häusliche Dienstboten zu verstehen. Lediglich diese sind in den Spalten 9 und 10 aufzuführen. Landwirtschaftliche Dienstboten (Knechte und Mägde) sind den in der Landwirtschaft Beschäftigten (Spalten 7 und 8) hinzuzuzählen.

Die Ausstellung für soziale Versicherung in Brüssel, auf die wir in Heft 21 S. 502 hingewiesen haben, erfreut sich nach Zeitungsberichten lebhafter Teilnahme und regen Besuchs. Besonderes Interesse beansprucht die im früheren Hippodrom eingerichtete Ausstellung der hessischen Fürsorge für Kriegsinvaliden; namentlich erregen die Arbeiten aus den Offenbacher Lazarettwerkstätten für Berufsübungen Kriegsbeschädigter (Leitung Professor Dr. Eberhard) Aufsehen und Bewunderung. An laufenden Maschinen kann man Soldaten mit kunst-

reich gearbeiteten Ersatzgliedern bei der Arbeit beobachten. In der Abteilung, die gekennzeichnet wird durch ein Standbild des Götz von Berlichingen, sind eine Reihe von kunstgewerblichen und Gebrauchsgegenständen in geschmackvoller und gediegener Ausführung zur Schau gestellt. Auch die kinematographischen Bilder aus den Invalidenwerkstätten werden dort vorgeführt. Das Reichsversicherungsamt hat in anschaulichen Tafeln den Umfang und die Erfolge seines Wirkens, die Zwangsversicherung in ihrem Wesen und ihrer Bedeutung für die Arbeiter versinnlicht. Ein großes Modell der Heilstätte Gottleuba in Sachsen weist auf die Bedeutung des Heilverfahrens zur Wiederherstellung kranker Versicherter bei drohender Invalidität hin. In ähnlicher Weise sind die Fürsorgemaßnahmen der Versicherungsanstalt für Angestellte, einzelner Landesversicherungsanstalten, Eisenbahnverwaltungen und vieler großer Privatunternehmungen veranschaulicht. Aus der Fülle solcher Darstellungen mag noch die Arbeiterheilstätte Beelitz, die Arbeiter- und Beamtenkolonie der Ilse-Bergbaugesellschaft und der große Obelisk der preußischen Eisenbahnverwaltung hervorgehoben werden.

Die Belehrung der Besucher, als der eigentliche Zweck der ganzen Veranstaltung, wird durch die in allen Teilen das Auge fesselnde und vielfältige Unterhaltung gewährende Anlage und Einrichtung der Ausstellung sehr wirksam unterstützt.

Anlegung des Vermögens der Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten zu Gunsten gemeinnütziger Zwecke.

Einem Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 1. April 1916 (II 2867, Amtl. Nachr. 1916 S. 458) entnehmen wir hierüber folgendes:

Die gesamten Darlehen für gemeinnützige Zwecke beliefen sich bis zum Ende des Jahres 1915 auf 1323,5 Millionen Mark.

Für den Bau von Arbeiterwohnungen sind im ganzen 558,9 Millionen Mark gegen 532,5 Millionen Mark am Schlusse des Vorjahrs ausgeliehen worden. Von den 558,9 Millionen Mark fallen auf den Bau von Arbeiterfamilienwohnungen 531,1 Millionen Mark und auf den Bau von Ledigenheimen (Hospizen, Herbergen, Gesellenhäusern usw.) 27,8 Mill. Mark. Die von 26 Landesversicherungsanstalten und 4 Sonderanstalten an Versicherte hergegebenen Darlehen zum Wohnungsbaue (zu vgl. Uebersicht I Spalte 4) betragen jetzt 100,6 Millionen Mark gegen 98,7 Millionen Mark Ende 1914. Von diesen 100,6 Millionen Mark kommen nahezu drei Viertel auf die Versicherungsanstalten Hannover, Westfalen, Rheinprovinz, Württemberg und Baden. Von den gesamten Wohnungsbaudarlehen waren bis Ende 1915 76,8 Millionen Mark an die Versicherungsträger zurückgezahlt. Der Bestand an laufenden Darlehen am Schlusse des Jahres 1915 betrug somit 482,1 Millionen gegen 465,2 Millionen Mark Ende 1914.

Zum Wohnungsbaue für nichtversicherte Personen haben die Landesversicherungsanstalten Ostpreußen, Westpreußen, Berlin, Brandenburg, Pommern, Posen, Schlesien, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Hannover, Westfalen, Oberbayern, Württemberg, Baden, Großherzogtum Hessen, Braunschweig, Hansestädte und Elsaß-Lothringen sowie die Pensionskasse für die Arbeiter der Preußisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft und die Arbeiter-Pensionskasse der Königlich Bayerischen Verkehrsanstalten bis zum Schlusse des Jahres 1915 17,3 Millionen Mark an Beamtenbauvereine und sonstige gemeinnützige Bauvereine zu Zinssätzen von 3½ bis 4½ v. H. hergegeben.

Die Arbeiter-Pensionskasse der Königlich Sächsischen Staatseisenbahnen und die Pensionskasse der Reichseisenbahnen haben für einen Teil ihrer Mitglieder Wohnhäuser errichtet, und zwar die erstere Kasse mit einem Aufwand von 684 952 Mark 5 Doppelhäuser mit 128 Familienwohnungen, die letztere mit einem Aufwand von 566 633 Mark, 10 Häuser mit 120 Wohnungen.

Zur Befriedigung des landwirtschaftlichen Kreditbedürfnisses sind von 26 Landesversicherungsanstalten und 2 Sonderanstalten bis Ende 1915 rund 134 Mill. Mark ausgegeben worden. Dieser Betrag ist gegen das Vorjahr um 5,1 Millionen Mark gestiegen. Er stellt aber bei weitem nicht die ganze Summe dar, die von den Versicherungsträgern zu Gunsten der ländlichen Bevölkerung hergegeben ist. Abgesehen von dem Aufwand für Wohnungsfürsorge auf dem Lande entfällt von den Darlehen für allgemeine Wohlfahrtseinrichtungen ein Betrag von 249,5 Millionen Mark auf Gemeinden bis zu 5000 Einwohnern. In diesem Betrage sind allerdings auch Darlehen für Krankenhäuser usw. enthalten, die zwar auf dem Lande liegen, aber in erster Linie zur Aufnahme von Kranken und Erholungsbedürftigen aus der Stadt bestimmt sind. Aber auch nach Abzug dieser Darlehen wird noch eine beträchtliche Summe übrigbleiben, die ausschließlich zur Hebung der Wohlfahrt der ländlichen Bevölkerung verwendet ist. Endlich ist die Landwirtschaft mittelbar noch dadurch gefördert worden, daß eine große Anzahl von Versicherungsträgern (Ostpreußen, Westpreußen, Berlin, Brandenburg, Pommern, Posen, Schlesien, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Hannover, Westfalen, Rheinprovinz, Oberbayern, Niederbayern, Pfalz, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken, Schwaben, Königreich Sachsen, Württemberg, Großherzogtum Hessen, Thüringen, die Norddeutsche Knappschafts-Pensionskasse, die Arbeiter-Pensionskasse der Königlich Sächsischen Staatseisenbahnen und der Allgemeine Knappschaftsverein in Bochum) landschaftliche Pfandbriefe, Rentenbriefe, Provinzialanleihescheine, Pfandbriefe von Landwirtschaftsbanken usw. im Nennwert von 157,8 Millionen Mark angekauft haben.

Zur Förderung der allgemeinen Wohlfahrtspflege waren bis Ende 1915 630,5 Millionen Mark ausgegeben, und zwar:

a) für den Bau von Krankenhäusern, Volksheilstätten, Invalidenheimen usw. 148,9 Millionen Mark,
b) zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere zum Baue von Volksbädern, Schlachthäusern, Kanalisationen usw. 198,1 Millionen Mark,
c) für Erziehung, Unterricht und Hebung der Volksbildung 98,8 Millionen Mark,
d) für sonstige Wohlfahrtszwecke 184,7 Millionen Mark.

Zu dieser letzten Gruppe gehören namentlich Darlehen zum Wohnungsbaue für Nichtversicherte, zum Baue von Gas- und Elektrizitätswerken, Lokal- und Straßenbahnen, Feuerlöscheinrichtungen, für Straßen-, Kanal-, Hafen-, Brücken-, Damm- und Uferschutzbauten, für Fluß-

regulierungen, Erwerbung von Wasserrechten, Beseitigung von Hochwasserschäden, für den Bau von Talsperren, für Stadterweiterungen und für Grunderwerb zwecks späterer Bebauung oder Anlegung öffentlicher Plätze sowie zur Förderung des Gewerbes und der Industrie; ferner Darlehen zum Baue von Kirchen, kirchlichen Gemeindehäusern, christlichen Vereins- und Versammlungshäusern, Sanitätskolonnenhäusern, zur Errichtung von Arbeiter-Konsumvereinen, Konsumvereinsbäckereien, Gemeindebackhäusern und Gemeindeschmieden. Weiter finden sich hier Darlehen zur Errichtung von Heimen für Gemeindeschwestern, Lehrerinnen, Arbeiter und Arbeiterinnen, Seeleute, für Volks- und Jugendheime, Kleinkinderbewahranstalten, für Taubstummen- und Blindenanstalten, Waisen- und Armenhäuser, gemeindliche Anstalten zur Beschäftigung brotlos gewordener Arbeiter, Arbeiterkolonien, Wanderarbeitsstätten, für Asyle, Fürsorgeheime und Zufluchtsstätten aller Art, für Volksküchen und endlich für verschiedene Einrichtungen zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs.

Zum Teil haben diese Darlehen auch der Kriegswohlfahrtspflege gedient, insbesondere durch Beschaffung von Arbeitsgelegenheit. Insgesamt sind im Jahre 1915 46 231 650 ℳ an Darlehen zur Linderung der Kriegsnot zu Zinssätzen von 3 bis 5½ v. H. ausbezahlt worden. Mit der größten Summe ist die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz beteiligt, die 21 683 075 ℳ für solche Zwecke hingegeben hat. Es folgen Großherzogtum Hessen mit 3 727 500 ℳ, Schlesien mit 3 300 889 ℳ, Hannover mit 2 518 000 ℳ, Hessen-Nassau mit 2 472 700 ℳ, Elsaß-Lothringen mit 2 205 500 ℳ, Thüringen mit 1 481 826 ℳ, Mittelfranken mit 1 479 000 ℳ, Baden mit 1 333 050 ℳ und Schleswig-Holstein mit 1 020 000 ℳ. Weitere 16 Versicherungsträger sind mit kleineren Beträgen beteiligt. Die Darlehen dienten hauptsächlich zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, zur Unterstützung von Arbeitslosen und Angehörigen von Kriegsteilnehmern, zur Förderung gesundheitlicher Maßnahmen, zur Deckung der Ausgaben einzelner Krankenkassen für die Kriegswochenhilfe usw.

Die Landesversicherungsanstalt Westfalen hat außer den in der Nachweisung angegebenen Summen noch 38 928 676 ℳ der Landesbank der Provinz Westfalen überwiesen, die satzungsgemäß Darlehen zu 3½ bis 4 v. H. insbesondere an Gemeindeverbände, Kirchen- und Schulgemeinden, gemeinnützige Anstalten, Körperschaften und Genossenschaften, gewerbliche Unternehmer, städtische und ländliche Grundbesitzer hergibt.

Der Aufwand für eigene Anstalten der Versicherungsträger erreichte bis Ende 1915 eine Höhe von 88,6 Millionen Mark gegen 84,6 Millionen Mark im Vorjahr. Als eigene Anstalten der Versicherungsträger sind zu nennen 42 Lungenheilstätten, 2 Tuberkulinstationen, 36 Genesungsheime, 5 Krankenhäuser, 1 Krankenheim (Wildbad), 1 Heilstätte für Rheumatiker, 1 zahnärztliches Institut, 1 Walderholungsstätte, 1 Tuberkulose-Fürsorgestation, 16 Invalidenheime, 1 Arbeitsnachweisgebäude und 1 Geschäftsgehilfinnenheim. Ferner gehören hierher die bereits an anderer Stelle erwähnten 15 Arbeiterwohnhäuser zweier Sonderanstalten. Von Neuanlagen seien die folgenden hervorgehoben: Für die im Baue befindliche Lungenheilstätte in Rehhof (Landesversicherungsanstalt Westpreußen) sind weitere 137 292 ℳ, für das Genesungsheim in Lindow i. d. Mark (Landesversicherungsanstalt Brandenburg) weitere 376 117 M, für das Genesungsheim für lungenkranke Männer in Buchwald i. R. (Landesversicherungsanstalt Schlesien) weitere 464 663 ℳ, für das Genesungsheim bei Ansbach (Landesversicherungsanstalt Mittelfranken) weitere 343 627 ℳ, für die Lungenheilstätte Wasach bei Tiefenbach (Landesversicherungsanstalt Schwaben) weitere 365 241 ℳ, für die Heilstätte in Hartmannsbach bei Gottleuba (Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen) weitere 117 101 ℳ, für das Genesungsheim in Münster, Ober-Elsaß (Pensionskasse der Reichseisenbahnen) weitere 50 594 ℳ und für die Knappschafts-Krankenhäuser in Wambel und Holten (Allgemeiner Knappschaftsverein) 5516 ℳ und 59 488 ℳ ausgegeben worden. Der übrige Aufwand für eigene Anstalten der Versicherungsträger wurde veranlaßt durch Um- und Erweiterungsbauten, Verbesserungen, kleinere Grundstücksankäufe und durch Erneuerung und Ergänzung der beweglichen Einrichtung.

Die Uebersicht III gibt, wie im Vorjahr, eine Zusammenstellung des gegenwärtigen Bestandes der in den Uebersichten I und II aufgeführten Vermögensanlagen. Die Uebersicht IV enthält eine vergleichende Darstellung der gemeinnützigen Vermögensanlagen und der für eigene Anstalten aufgewendeten Beträge für die Jahre 1902 bis einschließlich 1915.

Eine genaue Nachweisung der von den einzelnen Versicherungsträgern für die verschiedenen Zwecke aufgewendeten Beträge, der Darlehen und Anlagen ist dem Rundschreiben beigefügt.

Das Kapitalabfindungsgesetz,

dessen Entwurf nebst einem Auszug aus der Begründung wir im Heft 12 S. 382 mitgeteilt haben, ist vom Reichstag durch Einfügung einiger Paragraphen ergänzt und als

„Gesetz über Kapitalabfindung an Stelle von Kriegsversorgung (Kapitalabfindungsgesetz). Vom 3. Juli 1916“

im Reichsgesetzblatt S. 680 veröffentlicht worden. Daselbst S. 684 sind auch Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetze veröffentlicht.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Berechnung der Leistungsdauer aus § 183 RVO. bei zeitweilig aussetzender ärztlicher Behandlung eines Syphiliskranken.

1. **Nach Würzburg.** Antwort: Die von der Universitätsklinik bescheinigte „Notwendigkeit einer chronisch-intermittierenden Behandlung" des Syphiliskranken hat die Bedeutung, daß der Kranke nach dem Verlaufe der bisherigen Behandlung zunächst einer weiteren ärztlichen Behandlung nicht mehr bedarf, daß aber nach wissenschaftlicher Erfahrung der Wiedereintritt dieses Bedürfnisses vorauszusehen ist. Wenn in Fällen dieser Art (wie im vorliegenden Falle) zwischen den einzelnen Kuren Pausen von rund zwei Monaten liegen, so wird man nicht wohl sagen können, daß der im medizinischen Sinne fortdauernd Kranke auch im versicherungspflichtigen Sinne fortdauernd krank gewesen sei, weil sich die Fürsorge des Arztes über die erste Behandlungszeit hinaus auch auf die Zwischenzeit erstreckt habe. Die bloße, auf wissenschaftliche Erfahrung gegründete Inaussichtnahme einer weiteren Kur nach Ablauf einer so langen Zeit und eine entsprechende Weisung an den Kranken kann als eine auch für die Zwischenzeit gewährte ärztliche Fürsorge nicht angesehen werden. Deshalb darf, wenn der Versicherte nicht arbeitsunfähig war, die Zwischenzeit nicht als Zeit fortdauernder Kassenleistungen gelten, sondern es beginnt mit der neuen Behandlung auch eine neue Leistungsdauer.

Unanwendbarkeit des § 214 RVO. a) wenn bei einem zum Heeresdienst Einberufenen das Lohnarbeitsverhältnis fortbesteht; b) bei Ersatzkassen, wenn die Mitgliedschaft von einem Arbeitsverhältnis unabhängig ist.

2. **Nach Hamburg.** Frage: a) Im Sinne des § 214 RVO. gelten zum Heeresdienst einberufene Mitglieder als „wegen Erwerbslosigkeit" ausgeschieden. Liegt Erwerbslosigkeit auch dann vor, wenn der Arbeitgeber des Mitgliedes dessen Angehörigen einen Teil des Gehalts weiterzahlt? Auch dann, wenn der Arbeitgeber des Mitgliedes dessen Angehörigen das volle Gehalt weiterzahlt?

b) Da der § 214 RVO. zu den Regelleistungen gehört, sind zu seiner Erfüllung auch die Ersatzkassen verpflichtet. Bei diesen ist jedoch die Mitgliedschaft vom Arbeitsverhältnis unabhängig; sie bleibt also bestehen, auch wenn das Mitglied stellungslos wird. Sie bleibt bei mehreren Ersatzkassen auch bestehen, wenn eine Einberufung zum Heeresdienst stattfindet; in letztem Falle ruhen die Rechte und Pflichten lediglich. Kann bei diesen Ersatzkassen von einem Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit gesprochen werden?

Antwort: a) Wir verweisen auf die Ausführungen in Arb.Vers. 1915 S. 433 ff. (auch S. 449). Danach ist unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles festzustellen, ob die Fortzahlung lediglich die Bedeutung einer Unterstützung hat oder ob sie ihren Grund darin hat, daß der Arbeitgeber und der Angestellte über die Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses einig sind, so daß der (vollständigen oder teilweisen) Weiterzahlung des Gehalts die Bedeutung eines Entgelts für die fortdauernde Dienstbereitschaft des eingezogenen Angestellten zukommt. Im letzteren Falle liegt Erwerbslosigkeit, wie sie der § 214 RVO. voraussetzt, nicht vor, sondern es ist das Lohnarbeits- und folglich auch das Versicherungsverhältnis als fortdauernd anzusehen.

b) Allerdings gehören auch die Leistungen aus § 214 zu den Regelleistungen, die nach § 507 „dem Versicherungspflichtigen" auch von einer Ersatzkasse zu gewähren sind. Aber die Voraussetzung des § 214 sowohl wie des § 507 kann nicht gegeben sein, wenn die Zugehörigkeit zur Ersatzkasse vom Bestehen eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses unabhängig ist. In diesem Falle hat also § 214 keine Geltung für die Ersatzkasse.

Aufgaben eines Kassenverbandes; Aufsichtsbefugnisse ihm gegenüber.

3. **Nach H.** Frage: a) Hier am Orte beabsichtigen die Ortskrankenkassen sich zu einem Kassenverbande nach § 406 RVO. zusammenzuschließen. Die Satzung ist vom Versicherungsamt fertiggestellt und den Kassen unterbreitet. Der § 3 der Satzung lautet: Der Kassenverband bezweckt, Verträge mit Aerzten usw. (Folgt genau der gesetzliche Text des § 407 Ziff. 2 RVO.). Es sind nun von einzelnen Kassen Bedenken erhoben, dem Verbande beizutreten, weil ihrer Meinung nach mit dem Augenblick, wo der Verband ins Leben tritt, der Verband unverzüglich die Arztverträge usw. gemeinsam zu regeln habe und alle Einzelverträge der Kassen hinfällig würden. Von andern Kassen wird die Ansicht vertreten, daß die Vorschrift, solche Verträge gemeinsam zu regeln, erst dann für die dem Verband angehörigen einzelnen Kassen zwingend werde, wenn der Vorstand bezw. Ausschuß des Verbandes beschließt, die Vertragsregelung durch den Verband vornehmen zu lassen; ein gemeinsamer Vertrag für die einzelnen Kassen des Verbandes also erst dann in Frage komme, wenn ein diesbezüglicher Beschluß im Verband gefaßt ist. Der Verband könne also diese Frage gemeinsam regeln, aber das Gesetz zwingt ihn nicht dazu, überlasse es vielmehr dem Ermessen der Verbandsorgane, zu welchem Zeitpunkte sie die in der Verbandssatzung gesteckten Aufgaben zur Ausführung bringen wolle. Welche Auffassung dürfte richtig sein?

b) Kann das Versicherungsamt dem Verbande auferlegen, eine der Aufgaben zur Erledigung zu bringen, wenn trotz allem Ermessen nach eine Not-

wendigkeit zur gegebenen Zeit für die Kassen des Verbandes dazu nicht vorläge?

Antwort: a) Die zweite Auffassung ist die richtige. Es kann nicht davon die Rede sein, daß durch das bloße Inslebentreten des Verbandes die bereits von den einzelnen Kassen geschlossenen und noch laufenden Ärzteverträge hinfällig werden. Der Kassenverband „kann" nach § 407 Ziff. 2 RVO. und auf Grund einer entsprechenden Bestimmung der Verbandssatzung „für" die angeschlossenen Kassen Verträge mit Ärzten usw. abschließen, aber er muß es nicht und er darf es sogar nicht, soweit er sich dadurch mit den für einzelne Kassen bereits durch eigene Verträge begründeten Verpflichtungen in Widerspruch setzen würde.

b) Die zweite Frage ist zu verneinen. Dem Versicherungsamt stehen allerdings nach § 408 Abs. 2 in Verbindung mit §§ 30 bis 34 RVO. dem Verbande gegenüber entsprechende Aufsichtsbefugnisse zu wie gegenüber den einzelnen Kassen, aber das Aufsichtsrecht erstreckt sich doch nur darauf, daß Gesetz und Satzung, also auch die Verbandssatzung beobachtet werden. Diese aber besagt entsprechend dem § 407 RVO. nur, daß der Verband für die ihm angeschlossenen Kassen die näher bezeichneten Zwecke verfolgen „kann", und dies bedeutet selbstverständlich nur, daß der Verband alle zulässigen Aufgaben auch tatsächlich übernehmen muß, sondern nur, daß er sich ihnen insoweit unterziehen kann und unter Umständen muß, als es zur Erfüllung der gesetzlichen und satzungsmäßigen Aufgaben der einzelnen Kassen notwendig erscheint.

Vorstandsmitglieder der Krankenkasse als Verwalter von Zahl- und Meldestellen.

4. Nach Labes. Frage: Im Bezirk der diesseitigen Kasse sind die Guts- und Gemeindevorstände vom Versicherungsamt als Verwalter der Melde- und Zahlstellen ernannt und vom Kassenvorstand mit der Verwaltung der Melde- und Zahlstellen betraut worden. In der Regel werden die Gutsvorstehergeschäfte von den Gutsvorsteher-Stellvertretern wahrgenommen, die somit auch die Geschäfte der Meldestellen-Verwalter erledigen und die Entschädigung von der Kasse erhalten. Einige der Gutsvorsteher und auch der Gutsvorsteher-Stellvertreter sind zugleich Vorstands- und Ausschußmitglieder bezw. Ersatzmänner beider Organe. Es wird nun um Auskunft gebeten, ob dies mit Bezug auf § 21 RVO. zulässig ist.

Antwort: § 21. Abs. 4 RVO. verbietet, daß die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes eines Versicherungsträgers zugleich dessen besoldete Beamte sind, zu diesen gehören aber nicht die Inhaber der vom Versicherungsamt bestimmten gemeinsamen Zahl- und Meldestellen (§ 319, 404 RVO.). Wenn sie auch für die Kasse die Zahlungen und die An- und Abmeldungen entgegennehmen und dafür eine Vergütung erhalten, so stehen sie doch nicht in einem Anstellungsverhältnis zu der Kasse. Wir halten es daher für zulässig, daß auch Mitglieder des Kassenvorstandes solche Zahl- und Meldestellen leiten. Für die Ausschußmitglieder besteht ein Verbot im Sinne des § 21 Abs. 4 RVO. überhaupt nicht. Anders ist jedoch zu entscheiden, wenn es sich um eine von der einzelnen Kasse selbst errichtete Melde- und Zahlstelle handelt. Deren Leiter steht in einem Anstellungsverhältnis zur Kasse selbst. Sie darf daher nicht von einem Vorstandsmitglied gegen Vergütung verwaltet werden (§ 345 Ziff. 5 RVO.).

Kein Unfallzuschuß in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung.

5. „O. K. K. Z." Frage: Ist einem verunglückten, bei der Landwirtschafts-Berufsgenossenschaft versicherten Kirschenpflücker Krankengeldzuschuß nach § 573 RVO. zu zahlen, oder findet dieser Paragraph nur Anwendung bei der gewerblichen Unfallversicherung?

Antwort: Der § 573 RVO. gilt nur für die Gewerbe-Unfallversicherung. Auf die landwirtschaftliche Unfallversicherung ist er nicht für anwendbar erklärt. Diese kennt also keinen Unfallzuschuß zum Krankengeld.

Anspruch auf Krankengeld bei Gewährung von Anstaltspflege ohne Wissen der Kasse.

6. Nach J. Frage: Der Arbeiter H., bis 20. Juli 1915 Mitglied unserer Kasse, wurde am 27. Juli 1915 auf Veranlassung der Mutter des jetzigen Besitzers der Herrschaft B., wo H. arbeitet, wegen Trunksucht in eine Trinkerheilanstalt aufgenommen und bis zu seiner Wiederherstellung, am 1. April d. J., behandelt, ohne daß die Kasse vorher davon in Kenntnis gesetzt worden wäre. Der Hausvater der Anstalt verlangte das statutenmäßige Krankengeld für H. für die Dauer von 26 Wochen unter Berufung darauf, daß die Reichsversicherungsordnung eine Versagung des Krankengeldes wegen Trunksucht nicht mehr zuläßt. Die Kasse lehnte den Antrag ab, da weder ein kassenärztlicher Befund über die Notwendigkeit, noch ein Antrag zur Aufnahme in die Anstalt seitens der Kasse vorliegt. Ist nun die Kasse verpflichtet, an die Anstalt oder an H. Krankengeld zu zahlen?

Antwort: Wenn H. nachweislich arbeitsunfähig war, so muß die Kasse Krankengeld gewähren. Daß ihr von der Aufnahme in die Anstalt nichts mitgeteilt wurde, schließt den Anspruch nicht aus. Sollte der Armenverband die Aufnahme veranlaßt haben und H. hilfsbedürftig gewesen sein, so stände dem Armenverband Ersatz für den Unterhalt in der Anstalt aus dem Krankengeld bis zu dessen halbem oder ausnahmsweise bis zu dessen vollem Betrage gemäß §§ 1531, 1533 Ziff. 3 1506 zu.

Kriegswochenhilfe für die Ehefrau eines Kriegsinvaliden.

7. Nach Culm. Antwort: Kriegswochenhilfe nach § 1 Bek. vom 3. Dezember 1914 kann die Ehefrau eines entlassenen Kriegsteilnehmers nur dann beanspruchen, wenn dieser infolge seiner Kriegsverletzung an der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit verhindert ist. Er muß also in der Hauptsache erwerbsunfähig sein. Dagegen genügt eine bloße Beschränkung der Erwerbsfähigkeit nicht, es sei denn, daß sie so groß ist, daß der Invalide einen nennenswerten Verdienst überhaupt nicht erzielen kann. Bei 40 Prozent der vollen Erwerbsfähigkeit ist die Voraussetzung des § 1 Ziff. 1 Bek. v. 3. Dez. 1914 nicht erfüllt (vgl. Arb.Vers. 1915 S. 838). Verlangt wird Verhinderung an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Krankheit oder Verwundung. Der Mangel einer Arbeitsgelegenheit erfüllt also die

Voraussetzung des § 1 Ziff 1 nicht. In dem geschilderten Falle wäre somit noch festzustellen, inwieweit der Invalide erwerbsfähig ist.

Sonntag als Arbeitstag.

8. S. B. Antwort: Wenn ein Arbeiter auf Grund besonderer Vereinbarung verpflichtet ist, auch an Sonn- und Feiertagen zu arbeiten oder zur Verfügung zu stehen, so sind auch diese für ihn Arbeitstage. Es kommt dann nicht mehr darauf an, daß in dem einschlägigen Gewerbe oder in anderen Betrieben gleicher Art sonst Sonntags- und Feiertagsarbeit nicht üblich ist. Denn zu berücksichtigen ist auch die besondere Natur des einzelnen Arbeitsverhältnisses. Auf diesem Standpunkt steht auch die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 13. November 1915 (Arb. Vers. 1916 S. 136). Zweifelhafter kann es freilich erscheinen, ob der Sonntag deshalb nicht als Arbeitstag gelten könne, weil nur an jedem zweiten oder dritten Sonntag gearbeitet werde. Wir sind geneigt, trotzdem jeden Sonntag als Arbeitstag anzusehen. Zu berücksichtigen sind nämlich auch die allgemeinen Verhältnisse des Betriebes. In diesem wird an jedem Sonntag gearbeitet, nur nicht immer von allen Arbeitern, sondern abwechselnd je nur von der Hälfte oder einem Drittel. Für den Betrieb jedenfalls ist somit jeder Sonntag auch Arbeitstag. Verfehlt wäre es, dies deshalb zu verneinen, weil die Sonntagsarbeit — es handelt sich um eine Geschoßfabrik — durch den Krieg veranlaßt sei. Auf die Veranlassung kommt es gar nicht an. Ausschlaggebend ist vielmehr, daß nunmehr die Sonntagsarbeit zwar nicht für alle Zeiten eingeführt, aber doch bis auf Weiteres zur Regel geworden ist; besteht sie doch schon seit mehr denn einem Jahr. Demnach hat die Kasse gemäß ihrer Satzung auch für die an jedem zweiten oder dritten Sonntage beschäftigten Personen die höheren Beiträge von 5 von Hundert des Grundlohnes zu erheben.

Anspruch gegen die Krankenkasse bei selbstbeschaffter Krankenhauspflege.

9. Nach Celle. Antwort: In Fällen der von Ihnen geschilderten Art handelt es sich nicht um eine Rechts-, sondern um eine Beweisfrage. Wenn der Versicherte „tatsächlich", d. h. erweislich gar nicht krank ist, sondern, wie Sie meinen, eine Krankheit nur „vorschiebt" und im Krankenhause nur „ein Unterkommen sucht", so wird er kaum aufgenommen werden. Geschähe es dennoch, so hätte die Krankenkasse mit einem solchen Falle nichts zu tun, da sie nur Krankenhilfe zu gewähren hat. Aber auch wenn der Versicherte wirklich krank war, kann weder er noch die Krankenhausverwaltung, die ihn ohne Einweisung durch die Kasse aufgenommen hat, Ersatz der Krankenhauspflegekosten beanspruchen, sondern der Versicherte hat immer nur Anspruch auf Krankenpflege und Krankengeld. Dies ist es, was die im Heft 19 S. 441 mitgeteilte Entsch. des Reichsversicherungsamts (2191) besagt. Ist freilich der Erkrankte im Wege der Armenpflege in das Krankenhaus aufgenommen worden, so hat die Kasse nach §§ 1531 ff. RVO. Ersatz zu leisten.

Abschriften von Sitzungsprotokollen für das Versicherungsamt.

10. Nach Pirna. Antwort: § 31 RVO. gibt der Aufsichtsbehörde das Recht, von dem Versicherungsträger die Vorlegung aller Verhandlungen zu verlangen. Daher muß die Kasse dem Versicherungsamt auf Verlangen die Sitzungsprotokolle zeigen. Es kann aber nicht beanspruchen, daß die Kasse ihm davon Abschriften anfertige. Will das Versicherungsamt diese haben, so ist es natürlich berechtigt, sie sich selbst anzufertigen. Vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 2 zu § 31.

Regelmäßige Teuerungszulagen sind bei der Festsetzung der Lohnklasse zu berücksichtigen.

11. Nach Elberfeld. Antwort: Die Teuerungszulagen, die der Arbeitgeber regelmäßig gewährt, sind bei der Berechnung des Lohnes zu berücksichtigen; denn sie werden auf Grund des Arbeitsverhältnisses gewährt, sind also als Teil des dem Arbeiter bewilligten Entgelts anzusehen. Dies wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß auf sie kein Rechtsanspruch besteht und der Arbeitgeber sie jeder Zeit widerrufen kann. Vgl. die Auskunft in der Arb.Vers. 1915 S. 671 f. Ziff. 10.

Ausbesserung eines künstlichen Gebisses.

12. Nach Hamm. Antwort: Ausbesserungen am Gebiß können regelmäßig nur dann beansprucht werden, wenn sie erforderlich sind, um ein bestehendes Zahn- oder sonstiges Leiden zu heilen oder zu mildern. Das wird aber im allgemeinen nicht der Fall sein. Im übrigen kann ein Anspruch darauf nur dann bestehen, wenn die Satzung gemäß § 187 Ziff. 3 Hilfsmittel gegen Verunstaltung zubilligt, die nach beendigtem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten (vgl. auch Arb.Vers. 1916 S. 286).

Zur Angestelltenversicherung eines Vorarbeiters.

13. D. G. Charlottenburg. Frage: Ist ein Vorarbeiter, der am Schraubstock arbeitet, aber auch in Abwesenheit des Meisters, diesen vertritt, die Arbeiter beaufsichtigt, Lohnzettel ausschreibt usw., also in jeder Art den Meister vertritt, angestelltenversicherungspflichtig?

Antwort: Ein solcher Vorarbeiter unterliegt nur dann der Angestelltenversicherungspflicht, wenn seine beaufsichtigende und leitende Tätigkeit an Umfang oder Bedeutung der körperlichen Arbeit mindestens gleichsteht; denn dann ist er ein Angestellter in einer dem Werkmeister ähnlichen gehobenen Stellung (vgl. Rentenausschuß Berlin in der Arb.Vers. 1915 S. 136 f.). Demnach würde der Vorarbeiter nicht versicherungspflichtig sein, wenn er nur ausnahmsweise und gelegentlich den Meister vertritt.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1146 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. August 1916 | Heft 24

Arbeitsunfähigkeit – Erwerbsunfähigkeit – Invalidität.

Von Oberregierungsrat Kobler in München.

Bis zum Erlasse der Reichsversicherungsordnung war bei jedem der drei Versicherungszweige die Erwerbsunfähigkeit gleichmäßig als die Voraussetzung für den Anspruch auf die Gewährung der Renten und des Krankengeldes bezeichnet worden; die Bedeutung des Wortes war aber in den einzelnen Gesetzen verschieden. Die Reichsversicherungsordnung hat nun auch im Ausdrucke eine Trennung durchgeführt. Der Gebrauch des Wortes **Erwerbsunfähigkeit** ist auf die Unfallversicherung beschränkt; in der Krankenversicherung wird der maßgebende Zustand als **Arbeitsunfähigkeit**, in der Invalidenversicherung als **Invalidität** bezeichnet. Die Gleichheit des Ausdruckes, wie sie unter dem früheren Rechte bestand, war immer geeignet, die Klarheit der begrifflichen Scheidung zu trüben; auch jetzt wirkt sie noch nach und verwirrt hier und da die Geister. Vielleicht ist es nicht ohne Wert, die Unterschiede wieder einmal deutlich hervorzuheben und unter diesem Gesichtspunkte einander das gegenüberzustellen, was Rechtslehre und Rechtsübung aus den gesetzlichen Begriffen herausgearbeitet haben.

I. **Arbeitsunfähigkeit** liegt dann vor, wenn der Erkrankte unfähig ist, der **bisher von ihm ausgeübten Erwerbstätigkeit** nachzugehen. Es handelt sich hier nicht um die Fähigkeit, Arbeiten irgendwelcher Art zu verrichten. Die Arbeitsunfähigkeit wird durch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, den Erwerb durch Uebergang zu einer anderen Berufstätigkeit zu gewinnen, selbst wenn eine solche Tätigkeit den Kräften und Fähigkeiten des Versicherten entspräche und ihm zugemutet werden könnte; die Gelegenheit zu einer ähnlich gearteten, leichteren Erwerbstätigkeit darf er aber nicht zurückweisen. Das Gesetz unterscheidet auch nicht zwischen völliger und teilweiser Arbeitsunfähigkeit; teilweise Beschränkung der Arbeitskraft gilt dann als Arbeitsunfähigkeit, wenn der Kranke dadurch verhindert wird, seine Berufstätigkeit fortzusetzen oder wieder aufzunehmen. Wenn der Erkrankte nur imstande ist mit Gefährdung seines Zustandes der bisherigen Erwerbstätigkeit nachzugehen, ist er arbeitsunfähig; ebenso wenn er daran durch die Maßnahmen verhindert wird, zu welchen die Krankenhilfe Anlaß gibt. Urlaubs- und Erholungsbedürftigkeit stehen der Arbeitsunfähigkeit nicht gleich; der regelmäßige Urlaub ist nur eine hygienische Maßregel, die künftigen Krankheiten und der vorzeitigen Abnützung der Arbeitskraft vorbeugen soll.

II. Der Begriff der **Erwerbsunfähigkeit** in der Unfallversicherung ist ein anderer. Erwerbsunfähigkeit ist die Unfähigkeit des Einzelnen, seine Arbeitskraft im Allgemeinen wirtschaftlich zu verwerten. Er-

werbsunfähigkeit ist immer vorhanden, wenn die Arbeitskraft vollständig aufgehoben ist. Dagegen schließt die Fähigkeit zu einzelnen Arbeitsverrichtungen, die keinen wirtschaftlichen Wert haben, die völlige Erwerbsunfähigkeit nicht aus. Geisteskrankheit und dgl. kann ferner die Verwertung der an sich vorhandenen Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte entweder ganz ausschließen oder doch in erheblichem Grade beeinträchtigen. Auch kann durch körperliche oder geistige Gebrechen das Aufsuchen einer Arbeitsgelegenheit erschwert oder es kann die Möglichkeit der Beschäftigung dadurch eingeengt werden, daß die Beschäftigung den Verletzten selbst oder seine Mitarbeiter oder den Betrieb gefährden würde. Eine Verwertung der Arbeitskraft, die mit Gefährdung der Gesundheit verbunden ist, kann dem Verletzten überhaupt nicht zugemutet werden. Auch wer einer Heilbehandlung bedarf und dadurch verhindert wird, seine Arbeitskraft zu verwerten, ist erwerbsunfähig.

Auf dem Gebiete der Unfallversicherung ist für die wirtschaftliche Verwertung der Arbeitskraft grundsätzlich der allgemeine Arbeitsmarkt und nicht das bisherige Arbeitsfeld des Verletzten maßgebend; denn der Schaden, welcher dem Verletzten durch den Unfall zugefügt worden ist, besteht in der Einschränkung oder Aufhebung der Möglichkeit, auf dem ganzen wirtschaftlichen Gebiete nach seinen gesamten Kenntnissen und körperlichen wie geistigen Fähigkeiten Verdienst zu erlangen. Der Grundsatz ist indessen eingeschränkt worden. Er findet seine natürliche Beschränkung in dem Umstande, daß der landwirtschaftliche Arbeiter mehr als der gewerbliche an der Scholle haftet und es für ihn in der Regel schwerer ist sich auf anderen Gebieten des wirtschaftlichen Lebens einen Erwerb zu verschaffen. Weiter kann einem Verletzten, der durch die Unfallfolgen in seinem bisherigen Berufe nur in geringem Maße behindert ist, nicht zugemutet werden, diese Arbeit aufzugeben und eine andere zu suchen um der Möglichkeit willen in einem anderen, vielleicht seinen Fähigkeiten weniger entsprechenden Berufe etwas mehr zu verdienen. Auch auf dem Gebiete der Unfallversicherung darf ein Verletzter nur auf eine solche seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Arbeit verwiesen werden, die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann. Bei einer weiblichen Person ist unter Umständen zu erwägen, daß eine Behinderung in den hauptsächlich dem weiblichen Geschlechte vorbehaltenen Arbeiten (wie Nähen, Stricken, Waschen und dgl.) die Erwerbsmöglichkeit einschränken kann; einer Ehefrau darf ein Wechsel des Beschäftigungsortes nur zugemutet werden, wenn das Familienband hierdurch nicht zerrissen wird.

III. Als invalide gilt, wer infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen (§ 1255 RVO.). Der Unterschied, welchen § 1258 für die Witwenrente macht, soll hier nicht weiter beachtet werden; die Rücksicht auf die bisherige Lebensstellung hat, soweit ich die Verhältnisse überschaue, praktisch keine besondere Bedeutung erlangt.

Der Begriff der Invalidität knüpft nur insofern an allgemeine Verhältnisse an, als die Grenzen des Verdienstes nach dem Arbeitserwerbe einer Personenklasse bemessen werden. Allein sonst ist jeder Fall individuell in seiner tatsächlichen Gestaltung zu würdigen. Gegenüber der Neigung zu Schablonisierung ist darauf hinzuweisen, daß die Individualisierung nicht weit genug getrieben werden kann. Die allgemeinen Erfahrungen bilden bei Beurteilung des einzelnen Falles nur den Ausgangspunkt, nicht aber den endgültigen Schluß der Würdigung.

Das Alter allein kann nicht als Ursache der Invalidität anerkannt werden. Dagegen

sind die pathologischen Veränderungen, die durch das Alter hervorgerufen werden, Gebrechen im Sinne des Gesetzes.

Leidet der Versicherte an mehreren Gebrechen, so muß seine Erwerbsfähigkeit im Ganzen nach der Eigenart des Falles geprüft werden. Es dürfen die einzelnen Gebrechen nicht nach Prozentsätzen abgeschätzt und diese zusammengezählt werden.

Bei Neurosen muß man fragen, ob das Gefühl der Arbeitsunfähigkeit so übermächtig ist, daß es den Charakter einer eigentlichen Wahnidee annimmt, oder ob das Gefühl der verminderten Arbeitsfähigkeit noch nicht so stark entwickelt ist, und durch vermehrten Aufwand an Energie noch überwunden werden konnte. Wenn eine Insuffizienz des Gehirns bestimmten Anfforderungen gegenüber vorliegt und infolgedessen das Gefühl der Arbeitsunfähigkeit übermächtig und unkorrigierbar geworden ist, wird Invalidität angenommen werden müssen.

Bei der Prüfung der Erwerbsmöglichkeit ist der gesamte dem Versicherten zugängliche Arbeitsmarkt in Betracht zu ziehen. In der Reichsversicherung gibt es keine Berufsinvalidität, d. h. es kommt nicht darauf an, ob und wieweit der Versicherte noch zu den Tätigkeiten des Arbeitszweiges fähig ist, dem er bisher zugehörte, sondern darauf, ob und wieweit er noch fähig ist, auf dem ganzen wirtschaftlichen Gebiete nach seinen gesamten Anlagen und Fähigkeiten Arbeiten zu verrichten, die zum Erwerb verwertet werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, daß auch bei Arbeiten, die an die Körperkraft keine besonders hohen Anforderungen stellen, die Ausdauer in Frage kommt

Nur auf den Erwerb durch völlig fremde, körperlich oder geistig ungeeignete Lohnarbeit kann der Versicherte nicht verwiesen werden. Das Gleiche gilt für Arbeiten, deren Erlangung ein reiner Zufall wäre oder auf die ein Erwerb überhaupt nicht gegründet werden kann, z. B. Aehrenlesen, Hofkehren. Ebensowenig dürfen Arbeitern selbständige Erwerbstätigkeiten, z. B. Gemüsehandel, zugemutet werden. Das ist besonders in Fällen zu beachten, in denen der Versicherte nur tätig werden könnte, wenn er bei seinen Arbeiten von seinen Familienangehörigen ausgiebig unterstützt würde und die ihm selbst obliegende geringe Tätigkeit in der Hauptsache nach seinem Belieben gestalten könnte.

Sonst aber ist der Versicherte auf Arbeit jeder Art zu verweisen; er muß unter Umständen von einer feineren und höher gelohnten Arbeit zu einer gröberen und schlechter gelohnten übergehen und, wenn notwendig, seinen Beruf wechseln. Ein Schreiber, der an Schreibkrampf leidet, ist auf die Stelle eines Verkäufers oder Kassenboten und dgl., eine frühere Handarbeitslehrerin auf Schneiderei und Näharbeit, ein Bergmann auf landwirtschaftliche Arbeiten verwiesen worden. Für die Entscheidung der Frage, welche Tätigkeit dem Versicherten zugemutet werden kann, kommt es lediglich auf die eigene Ausbildung und den eigenen Beruf des Versicherten an; bei einer weiblichen Versicherten ist die Berufsstellung des Ehemannes nicht maßgebend.

Der Versicherte kann nicht auf eine Erwerbsgelegenheit verwiesen werden, die sich ihm möglicherweise an einer von dem bisherigen Beschäftigungsorte weit entfernten Stelle bieten könnte. Jedoch muß er insbesondere Arbeitsgelegenheit an einem größeren Orte aufsuchen, der seinem bisherigen Wohn- oder Beschäftigungsorte nahe gelegen und leicht erreichbar ist. Auch ansässigen Familienvätern wird zugemutet, auswärtige Arbeitsgelegenheit aufzusuchen. Für eine Ehefrau kommen dagegen nur Arbeitsgelegenheiten in Betracht, wenn sie sich ihr an ihrem Wohnorte bieten oder sich von diesem Orte aus alltäglich zu Fuß oder durch eine solche Fahrgelegenheit erreichen lassen, die ihr billigerweise zugemutet werden darf. Dabei kann der körperliche Zustand insoweit in Betracht kommen, als er das Aufsuchen der Arbeit erschwert (Fettleibigkeit).

Die Fähigkeit zur Arbeit ist dann nicht entscheidend, wenn sie zum Erwerbe infolge eines Leidens nicht verwertet werden kann,

das an sich als Krankheit oder Gebrechen gilt (Geisteskrankheit, ekelerregende oder ansteckende Krankheiten und dgl). Invalide ist auch, wer versicherungspflichtige Arbeit nur unter Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes verrichten kann oder wer einer Heilbehandlung bedarf und dadurch verhindert wird, eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Unter Umständen ist zu berücksichtigen, daß der Versicherte durch sein Gebrechen genötigt ist, aus eigenen Mitteln höhere Aufwendungen zu machen als ein normaler Arbeiter, z. B. für Anschaffung von Heil- und Hilfsmitteln sowie für eine besondere Lebenshaltung und dgl. Dagegen ist es eine natürliche Forderung, daß der Versicherte eine für seinen Zustand geeignete Lebensweise einhalte; und als invalide kann derjenige nicht gelten, der nur durch ungeeignete Lebensweise in der Erwerbstätigkeit behindert oder eingeschränkt wird.

Viele Gebrechen wirken zu den verschiedenen Jahreszeiten auf die Erwerbsfähigkeit verschieden ein. Hier geht es nicht an z. B. für den Winter Invalidität und für die günstige Jahreszeit den Fortfall der Invalidität anzunehmen. Vielmehr ist in solchen Fällen die Erwerwerbsbeschränktheit nach einem einheitlichen Durchschnittssatze zu schätzen. Das gilt in gleicher Weise bei Wechsel des Zustandes, wie er häufig in der Natur eines Leidens begründet ist. Diesem Wechsel kann nur dann Rechnung getragen werden, wenn die Gleichmäßigkeit während eines längeren Zeitraumes andauert; sonst muß sich ein einheitlicher Durchschnittssatz finden lassen. Die Invalidenrente wird im Gegensatz zum Krankengelde nicht für einzelne Tage, sondern nur für längere Zeiträume gewährt.

Bei der Verdienstgrenze kommt es nicht auf den Lohn des Rentenerwerbers selbst an. Der Mindestverdienst ist ein Drittel dessen, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zur verdienen pflegen. Er ist deshalb ein Durchschnittsbetrag und wird aus den Löhnen der Personen abgeleitet, die zum Vergleich herangezogen werden müssen. Bei einem Sackträger z. B. darf nicht immer der hohe Lohn zugrunde gelegt werden, welchen solche Arbeiter an Hafenplätzen usw. zu beziehen pflegen. Sie bilden nicht überall eine eigene Klasse, sondern gehören zu den ungeschulten Schwerarbeitern; es sind gewöhnliche Tagelöhner, die besonders schwere Lasten befördern können, ebenso wie Kohlenträger, Möbelpacker, Hausmeister in großen Kaufhäusern usw. Bei solchen Versicherten, die schon seit ihrem Eintritt in die Versicherung an einem Gebrechen oder an einer chronischen Krankheit leiden und deshalb von vornherein niemals volle Erwerbsfähigkeit besessen haben, ist nicht ihr eigener Zustand, sondern der Zustand eines gesunden Lohnarbeiters zum Vergleich heranzuziehen. Von den besonderen Verhältnissen des Rentenbewerbers darf man immer nur insoweit ausgehen, als es sich um die Frage handelt, in welche Klasse oder Gruppe er einzuordnen ist. Es kommt aber nicht ausschließlich auf die Berufsstellung an, die der Rentenbewerber zuletzt eingenommen hat, sondern auf sein ganzes Arbeitsleben. Der Absicht des Gesetzes entspricht überhaupt weniger die peinlich genaue Berechnung eines ganz bestimmten Geldbetrags, als vielmehr eine billige annähernde Schätzung. Unter „derselben Gegend" ist ein räumliches Gebiet zu verstehen, in dem für gleichartige Arbeiter im allgemeinen gleichartige Lohnverhältnisse bestehen. Mit dem Worte Gegend wird ein Teil des Raumes bezeichnet, der einen beträchtlichen Umfang, aber keine bestimmten Grenzen hat.

Um festzustellen, ob Invalidität vorliegt, müssen zwei Fragen getrennt beantwortet werden: die Frage, wo die Grenze zwischen Erwerbsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit liegt, wieviel der Versicherte noch zu verdienen imstande sein müßte um erwerbsfähig zu sein — Verdienstgrenze — und die andere Frage, wie viel er noch verdienen kann — Verdienstfähigkeit. Insbesondere dann, wenn der Versicherte zu den gewöhnlichen Tag-

arbeitern gehört, wird man nach dem ärztlichen Befunde ohne weiteres entscheiden können, ob Invalidität vorliegt. Unter Umständen, und zwar besonders dann, wenn der Versicherte zu einer höher gelohnten Klasse von Arbeitern gehörte und nunmehr von der höher gelohnten Erwerbstätigkeit ausgeschlossen wird, läßt es sich nicht umgehen, jene zwei Größen ziffermäßig festzustellen und zu vergleichen.

IV. Oben ist bereits darauf hingewiesen, daß der Begriff der Arbeitsunfähigkeit keine Abstufung kennt. Krankengeld wird gewährt, wenn der Kranke auch nur teilweise arbeitsunfähig ist, hierdurch aber an seiner Berufstätigkeit verhindert wird. Ebenso wird Invalidenrente entweder im vollen Betrage gewährt oder versagt; Invalidität ist entweder vorhanden oder nicht vorhanden. Auch in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gibt es keine Abstufung. Eine solche gibt es nur in der Unfallversicherung. Hier erhält der Verletzte, der infolge eines Unfalls teilweise erwerbsunfähig ist, den Teil der Vollrente, der dem Maße der Einbuße an Erwerbsfähigkeit entspricht. Bei der Beantwortung der Frage, in welchem Maße der Verletzte durch den Unfall erwerbsunfähig geworden ist, muß man von der persönlichen Erwerbsfähigkeit ausgehen, die der Verletzte unmittelbar vor dem Unfalle besaß. Das Maß der Einbuße an Erwerbsfähigkeit kann nur nach pflichtmäßigem Ermessen geschätzt werden. Der Prozentsatz der Teilrente muß jeweils der in Prozenten zu bestimmenden Minderung der vor dem Unfalle vorhandenen Erwerbsfähigkeit des Verletzten entsprechen. Diese Erwerbsfähigkeit muß stets mit 100 in die Rechnung eingesetzt werden.

Wechselt der Zustand regelmäßig je nach der Jahreszeit oder überhaupt nach der Natur des Leidens, so muß die Einbuße an Erwerbsfähigkeit nach einem einheitlichen Durchschnittssatze bestimmt werden. Auch die Unfallrente wird nicht gleich dem Krankengeld für einzelne Tage, sondern für längere Zeiträume gewährt, deren Dauer im Voraus nicht zu bestimmen ist; die Einbuße an Erwerbsfähigkeit darf deshalb nicht für einzelne Tage, sondern nur für längere Zeiträume einheitlich betrachtet werden.

Allgemeine Entschädigungssätze (Rententaxen, noch unschöner Knochentaxen genannt) können nur unter sorgfältiger Anpassung an die Verhältnisse des Einzelfalles berücksichtigt werden; allgemeine Erfahrungen dürfen immer nur den Ausgangspunkt für die individuelle Beurteilung bilden.

V. Besondere Schwierigkeiten sind gegeben, wenn es sich bei den verschiedenen Versicherungszweigen um Personen handelt, die trotz vorhandener Gebrechen der Versicherung angehören. Das ist in sämtlichen drei Zweigen der Reichsversicherung möglich.

Bei der Krankenversicherung sind selbst kranke Personen von der Versicherung nicht ausgeschlossen. Das gilt insbesondere für den Fall, daß solche Personen gegen Entgelt beschäftigt werden. Es wird aber vorausgesetzt, daß die Beschäftigung eine ernstliche Lohnarbeit und nicht bloß den mißglückten Arbeitsversuch eines völlig Arbeitsunfähigen darstellt. Dabei entscheidet die tatsächliche Arbeitsleistung nach Art und Dauer und ihre wirtschaftliche Bedeutung für den Arbeitgeber. Die Lohnarbeit bleibt ernstlich, auch wenn sie gegen den Rat des Arztes unternommen wird und das bestehende Leiden verschlimmert; wenn jemand trotz der Gefahr der Verschlimmerung ernstlich arbeitet, ist er versichert. Das Verhältnis ist hier anders zu beurteilen als vom Standpunkte des Versicherungsträgers aus; die Kasse darf einem Versicherten das Krankengeld nicht versagen, wenn er wegen der Gefahr der Verschlimmerung seine Arbeit nicht fortsetzt.

Doch kann auf seinen Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wer auf die Dauer nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig ist (§ 173 RVO.). Es handelt sich hier um Chronischkranke oder alte Personen, denen die Erlangung von Arbeitsgelegenheit erleichtert werden soll; erfahrungs-

gemäß scheuen sich die Arbeitgeber häufig die Krankenkassen mit der hohen Krankheitsgefahr solcher Personen zu belasten. Die Bestimmung gebraucht das Wort „arbeitsfähig" im landläufigen Sinne, d. h. in der Bedeutung der Fähigkeit zu Erwerbsarbeiten irgendwelcher Art und meint die Personen, bei denen die Beschränkung der Arbeitsfähigkeit erheblich ist und voraussichtlich nicht vorübergehen wird. Zu einem geringen Teile arbeitsfähig sind auch solche, welche nur mit großen Unterbrechungen zeitweise, wenn auch dann voll zu arbeiten vermögen.

Es können also auch invalide und erwerbsbeschränkte Personen, Unfall- und Invalidenrentner gegen Krankheit versichert sein. Bei solchen Personen ist besonders darauf zu achten, daß sie nur dann Anspruch auf Krankengeld haben, wenn sie durch Krankheit gehindert werden, ihre bisherige Tätigkeit fortzusetzen oder wieder aufzunehmen. Ist dies aus anderen Gründen der Fall, z. B. aus persönlichen Differenzen mit dem bisherigen Arbeitgeber und ist der körperliche Zustand unverändert geblieben, so haben sie keinen Anspruch auf Krankengeld, auch wenn der körperliche Zustand sie hindert, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte gleichwertige Arbeit zu finden.

Der Unfallversicherung kann sogar unterliegen, wer schon dauernd völlig erwerbsunfähig ist; hierzu genügt eben jede auch nur ganz vorübergehende Beschäftigung in einem versicherten Betriebe oder bei einer versicherten Tätigkeit. Für solche Personen gilt aber die Sondervorschrift, daß lediglich Krankenbehandlung gewährt wird (§ 561 RVO.). In diesem Falle bietet die Feststellung der Entschädigung keine Schwierigkeiten. Schwierigkeiten ergeben sich vielmehr dann, wenn Personen einen Unfall erleiden, die vorher nur erwerbsbeschränkt waren. Hier muß stets nach den Umständen des einzelnen Falles bemessen werden, inwieweit die Erwerbsfähigkeit, welche der Verletzte beim Eintritte des Unfalles besaß, — diese zu 100 angesetzt — durch den Unfall weiter beeinträchtigt worden ist. Wenn z. B. der Unfall ein bereits früher beschädigtes Glied trifft, wird die Erwerbsbeschränktheit oft nicht weiter erhöht. Es kann aber auch durch den Unfall der bisher vorhandene Rest an Erwerbsfähigkeit ganz aufgehoben oder stärker beeinträchtigt werden, als es bei der Erwerbsfähigkeit eines Gesunden der Fall wäre; dies trifft z. B. bei einem Einäugigen zu, der durch einen Unfall das zweite Auge verliert.

Bei der Entschädigung solcher Personen ist regelmäßig auch der wirkliche Arbeitsverdienst zugrunde zu legen, den sie vor dem Unfalle bezogen haben. Wenn aber der nach den allgemeinen Vorschriften berechnete Jahresarbeitsverdienst nicht das 300fache des Ortslohnes erreicht und deshalb dieses 300fache als Jahresarbeitsverdienst gilt, so wird der Berechnung der Entschädigung nur derjenige Teil des 300fachen zugrunde gelegt, der dem Maße der Erwerbsfähigkeit vor dem Unfalle entspricht (§§ 571 und 941 RVO.). Ebenso wird in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung, in welcher sich die Rente meist nach dem für die landwirtschaftlichen Arbeiter festgesetzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste richtet, in einem solchen Falle nur derjenige Teil des Jahresarbeitsverdienstes zugrunde gelegt, welcher dem Maße der Erwerbsfähigkeit vor dem Unfalle entspricht (§ 940 RVO.).

In beiden Fällen kommt eine bloß vorübergehende Beschränkung der Erwerbsfähigkeit nicht in Betracht; dies ist besonders dann zu beachten, wenn sich in einem versicherten Betriebe Personen beschäftigen, welche als arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung gelten. Nur die Verhältnisse entscheiden, die zur Zeit des Unfalles tatsächlich bestehen; etwa vorhandene formelle Feststellungen wie Rentenbescheide und dgl. werden nicht berücksichtigt. Von der Bestimmung darf nur vorsichtig und maßvoll Gebrauch gemacht werden, da der maßgebende Ortslohn oder Jahresarbeitsverdienst ein durchschnittlicher Satz ist; bei seiner Feststellung wird der Verdienst älterer und jüngerer Arbeiter, also auch der Umstand berücksichtigt, daß der eine oder

andere Arbeiter nicht in vollem Maße arbeitstüchtig ist. Eine Kürzung ist daher nur gerechtfertigt, bei Personen, deren Arbeitskraft dauernd unter das Durchschnittsmaß der Arbeitskraft der in Betracht kommenden Personen gesunken ist.

Wer arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung ist, kann der Invalidenversicherung noch angehören. Er kann sogar insofern auf eine besondere Begünstigung rechnen, als ihm die Krankheitszeiten als Beitragswochen angerechnet werden, ohne daß Beiträge entrichtet werden müssen.

Das Gesetz knüpft die Anrechnung der Krankheitszeiten an zwei Voraussetzungen: 1) muß der Versicherte wegen der Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert sein seine Berufstätigkeit fortzusetzen (§§ 1281 und 1393 RVO.), 2) muß er früher berufsmäßig, nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein (§ 1393 RVO.).

Arbeitsunfähig ist aber nicht, wer überhaupt nicht arbeiten kann, sondern nur wer durch die Krankheit verhindert wird seine Arbeit zu verrichten, also der bisher von ihm ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzugehen. Der Zustand muß nach verständigem Ermessen Aussicht darauf bieten, daß er in absehbarer Zeit geheilt oder gebessert werden kann. Wenn hier nur unbestimmte Möglichkeiten vorhanden sind, so ist dies kein Grund zur Annahme, daß die Arbeitsunfähigkeit nur zeitweise bestehe. Daß der Versicherte sich in einem Krankenhause befunden oder sonst in ärztlicher Behandlung gewesen ist, wird nicht erfordert.

Auch Personen, welche Unfallrente beziehen, können noch der Invalidenversicherung angehören.

Dagegen endet mit dem Eintritte der Invalidität sowohl die Versicherungspflicht als auch das Recht zur freiwilligen Versicherung; freiwillige Beiträge sind unwirksam, wenn sie nach dem Eintritte der Invalidität geleistet wurden.

VI. Zwischen den Begriffen der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsfähigkeit und Invalidität bestehen große und wesentliche Unterschiede. Deshalb müssen Erhebungen und insbesondere ärztliche Gutachten, die sich auf den einen Zweig der Reichsversicherung beziehen, auf dem anderen Gebiete mit großer Vorsicht behandelt werden. Regelmäßig wird es überhaupt nicht angehen, die Ergebnisse eines anderen Verfahrens ohne Weiteres herüberzunehmen. Nur wenn die Fähigkeit mangelt Arbeiten irgend welcher Art zu verrichten oder nur Arbeiten verrichtet werden können, die keinen wirtschaftlichen Wert haben, ist immer zugleich Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität gegeben. Das sind aber seltene Fälle. Die meisten Fälle bieten ein sehr wechselvolles Bild je nach dem Gesichtspunkte, unter dem man den Zustand betrachtet. Meist nimmt man ohne Weiteres an, daß einer Einbuße an Erwerbsfähigkeit um mehr als 66⅔ % auf dem Gebiete der Unfallversicherung auch die Invalidität entspreche. Oft wird z. B. gesagt: Der Rentenbewerber ist nach den Verhandlungen über die Unfallentschädigung zu 60 % erwerbsbeschränkt, also ist er nicht invalide. Das trifft aber nicht immer zu. Man übersieht dabei, daß der Ausgangspunkt der Berechnung grundverschieden ist. Bei der Unfallversicherung ist als Hundert zu setzen die Erwerbsfähigkeit, welche der Verletzte unmittelbar vor dem Unfalle besaß. Bei der Invalidenversicherung ist dagegen der durchschnittliche Lohnsatz des § 1255 als Hundert in Rechnung zu stellen. Dadurch kann sich das Ziffernverhältnis ganz erheblich verschieben. Ziffern, die auf einem anderen Wege gewonnen worden sind, lassen sich deshalb niemals ohne ganz genaue Prüfung übertragen.

VII. Aehnliches gilt auch für die Schätzung der Entschädigung nach dem Gesetze über die Versorgung der Personen der Unterklassen des Reichsheeres, der Kaiserlichen Marine und der Kaiserlichen Schutztruppen vom 31. Mai 1906 (RGBl. S. 593). Hier wird eine Militärrente gewährt, wenn und solange die Erwerbsfähigkeit bei der Dienstentlassung infolge einer Dienstbeschädigung aufgehoben

oder wenigstens um 10 % gemindert ist (§ 1 a. a. O.). Bei der Beurteilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit ist der von dem Verletzten vor seiner Einstellung in den Militärdienst ausgeübte Beruf zu berücksichtigen; hat der Verletzte keinen besonderen Beruf ausgeübt, so erfolgt die Beurteilung nach der allgemeinen Erwerbsfähigkeit (§ 4). Auch dieses Gesetz kennt wie die Unfallversicherung Vollrente und Teilrenten; auch hier beträgt die Teilrente, welche für die dauernde teilweise Erwerbsunfähigkeit gewährt wird, denjenigen in Hundertsteln auszudrückenden Teil der Vollrente, welcher dem Maße der Einbuße an Erwerbsfähigkeit entspricht (§ 9 a. a. O.). Schätzungen, die auf Grund dieses Gesetzes abgegeben worden sind, werden häufig ohne Weiteres in das Feststellungsverfahren der Reichsversicherungsordnung übernommen. Das ist aber auch hier nicht ohne Weiteres möglich. Insbesondere in der Invalidenversicherung sind die gleichen Gesichtspunkte maßgebend, welche soeben für das Verhältnis dieses Zweiges der Reichsversicherung zur Unfallversicherung erörtert worden sind.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur Frage der Versicherungspflicht der Maurer- und Zimmerpoliere, sowie der Schachtmeister in Baugeschäften.

Beschlüsse des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** a) vom 7. April 1916 (P. 66/15) und b) vom 14. April 1916 (P. 119/15).

a)

Der angefochtene Beschluß geht davon aus, daß die Poliere im Bedarfsfalle gelegentlich mitarbeiten, daß aber der weitaus größte Teil ihrer Arbeitszeit auf die Leitung und Anordnung entfalle. Nur auf kleineren Baustellen sei das Verhältnis ein anderes; jedoch sei auch hier die Summe der höheren Tätigkeiten für den ordnungsmäßigen Fortgang des Baues von größerer Bedeutung als die körperliche Mitarbeit. Daraus leitet der Rentenausschuß ab, daß die Poliere zu den Angestellten in einer ähnlich gehobenen Stellung wie Werkmeister gehören (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte). Demgegenüber hat die Firma von Anfang an den Standpunkt vertreten, daß die Hauptbeschäftigung ihrer Poliere die körperliche Mitarbeit als Maurer oder Zimmerer sei.

Zur Begründung dieser Ansicht verweist die Beschwerde darauf, daß nach den Lohnnachweisungen der Firma für 1914 bei Zugrundelegung der Arbeitstage durchschnittlich auf einen Maurerpolier 4 Maurer, 3 Handlanger, 2 Erdarbeiter und ein Lehrling, auf den Zimmerpolier 3 Gesellen und ein Lehrling entfallen. Für das vom Kriege noch nicht beeinflußte Jahr 1913 ergeben sich etwas höhere Zahlen für die Maurer (etwa 7); im Höchstfalle sollen 8—10 Maurer und 3—4 Zimmerleute den Polieren der Firma unterstellt sein, wozu bei den Maurerpolieren noch eine entsprechende Anzahl von sonstigen Bauarbeitern hinzutreten würden. In jedem Falle handelt es sich hiernach, wie die Beschwerde mit Recht bemerkt, um kleinere Bauten. Dazu kommt, daß in einem Orte von der Größe W's., wo die Entfernungen zwischen der Geschäftsstelle der Firma und den einzelnen Baustellen keine Rolle spielen, die technischen Angestellten der Firma täglich die Bauten besuchen können. Dies geschieht auch täglich mindestens einmal. Bei dieser Gelegenheit wird der Stand der Arbeiten vom Bauleiter oder Techniker nachgeprüft; er gibt die erforderlichen Anordnungen und rügt etwaige Mängel. Nur in diesem beschränkten Rahmen verbleiben den Polieren, die einen Tagelohn von 7,25 ℳ oder 7,35 ℳ erhalten, während der Zimmerpolier 70 Pf. Stundenlohn bezieht, Aufsichts- und gewisse Anordnungsbefugnisse. Insbesondere geben sie das Zeichen zum Beginn und Ende der Arbeit, verteilen die Arbeit auf die einzelnen Arbeiter und zeichnen die geleisteten Arbeitsstunden sowie die Menge der verbrauchten Baustoffe auf; sie haben Unregelmäßigkeiten zu melden, für die Einhaltung der Arbeitsordnung zu sorgen und dürfen schlechte Arbeit rügen. Nach den von der Polizeiverwaltung in W. nach Anhören des Bauleiters und der Poliere ausgefüllten Fragebogen, dessen Inhalt von den Polieren ausdrücklich als richtig anerkannt und dem schon aus diesem Grunde, aber auch wegen seiner eingehenderen Antworten, eine größere Bedeutung für die Aufklärung des Sachverhalts beizumessen ist als den knappen Aussagen der als Zeugen vernommenen Bauarbeiter, die zudem über die Abgrenzung der Befugnisse zwischen der Bauleitung und ihren Polieren kaum

erschöpfend unterrichtet sein werden, haben die Poliere keineswegs das Recht zur Annahme und Entlassung der Arbeiter; sie sind vielmehr nach beiden Richtungen an die Ermächtigung der Firma für den Einzelfall gebunden. Aber auch bei den für Fortgang der Arbeiten wichtigsten Betriebsvorgängen nehmen sie nur eine untergeordnete Stellung ein. Es ist nicht ihre Aufgabe, für das rechtzeitige Beischaffen der nötigen Baustoffe und für das ungestörte Ineinandergreifen der Arbeiten der einzelnen Handwerker Sorge zu tragen. Vielmehr obliegt ihnen nur eine Meldepflicht gegenüber dem Bauführer oder der Geschäftsstelle und in Verbindung damit das Führen einer Liste über den Zu- und Abgang von Baustoffen. Der erwähnte Fragebogen verneint endlich die Verantwortlichkeit der Poliere für die Ausführung des Baues nach der Zeichnung, für die Abbrucharbeiten, für den Gerüstbau und für die Einhaltung der bau- und straßenpolizeilichen sowie der Unfallverhütungsvorschriften. Namentlich in dieser Beziehung weicht die Zeugenaussage des Stadtbaumeisters W. ab, die er später auf Veranlassung des Oberschiedsgerichts schriftlich ergänzt und erläutert hat, und damit hängt es offenbar zusammen, daß nach Ansicht dieses Sachverständigen der größere Teil der Beschäftigung der Poliere auf die „höhere Tätigkeit" entfällt. Das Oberschiedsgericht hat sich jedoch dieser eingehenden und sorgfältigen Aeußerung nach Lage des Falles nicht anschließen können. Von einer eigentlichen Verantwortlichkeit der Poliere für die Ausführung der Bauten nach den Plänen kann hier bei der über das Handwerksmäßige nicht hinausgehenden Fachkenntnis der Poliere und bei der fortlaufenden Ueberwachung durch die Firma und deren Techniker nicht gesprochen werden. Der Gerüstbau hat bei den hauptsächlich in Betracht kommenden kleineren Bauten keine wesentliche Bedeutung. Ebensowenig kann die Verantwortlichkeit für bau- und straßenpolizeiliche Vorschriften an und für sich eine gehobene Stellung begründen, und was die Unfallverhütung angeht, so gestattet § 913 Abs. 1 RVO. die Uebertragung der hierher gehörigen Pflichten des Unternehmers nur auf „Betriebsleiter", zu denen Poliere im allgemeinen nicht gehören. (Zu vgl. Kommentar von Moesle-Rabeling zum 3. Buch der RVO. Anm. 4 zu § 913 und die Anm. 12 zu § 36 GUVG. im Handb. der Unfallvers. I S. 396). Dabei legt das Oberschiedsgericht kein entscheidendes Gewicht auf die Angabe der Firma, daß mindestens $^8/_{10}$ der Arbeitszeit der Poliere auf die körperliche Mitarbeit entfalle. Solche Schätzungen sind stets mehr oder weniger willkürlich und entziehen sich der Nachprüfung. Nach der ganzen Sachlage ist aber die Beschwerdebehauptung glaubhaft, daß die Poliere selbst während der Zeit der größten Bautätigkeit in erheblichem Umfange körperlich mitarbeiten. Diese körperliche Mitarbeit tritt ganz besonders in der Zeit vom Herbst bis Frühjahr hervor. Monatelang arbeiten dann die Poliere mit 1 bis 2 Arbeitern, oft sogar allein bei kleineren Flickarbeiten. Gerade dieser Umstand ist für die versicherungspflichtige Stellung der Poliere von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Wer einen großen Teil des Jahres mit handwerksmäßigen Arbeiten zubringen muß, um seinen Lebensunterhalt zu verdienen, gehört nicht zu den im § 1 Abs. 1 Nr. 2 VG.f.Angest. aufgeführten Personengruppen. Mag er im übrigen auch gewisse Aufsichts- und in beschränktem Maße Anordnungs- und Leitungsbefugnisse haben, so ist im ganzen genommen seine Stellung doch nur die eines Betriebsgehilfen, der wegen seiner Geschicklichkeit, Erfahrung und Zuverlässigkeit an die Spitze einer Abteilung von Arbeitern gestellt ist. Demgemäß war die Vorentscheidung aufzuheben und in Uebereinstimmung mit dem Schiedsgericht und der Landesversicherungsanstalt auszusprechen, daß die eingangs genannten Personen zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehören.

b)

In einem anderen Falle handelte es sich um die Versicherungspflicht eines Schachtmeisters in einem Baugeschäft, dessen Tätigkeit von der Firma wie folgt geschildert wurde: „Er hat vor allem acht zu geben, daß die Arbeiter von früh bis abends auf der Baustelle zugegen sind und auch tatsächlich arbeiten. Die Arbeiten selbst, sowie die hierzu erforderlichen Angaben, Absteckungen, Nivellements, Höhen- und Längenmaße usw. werden dem Schachtmeister von der Bauleitung mitgeteilt. Fehlende Materialien hat der Schachtmeister schnellstens an die Bauleitung zur Bestellung aufzugeben. Er kann, den ihm angegebenen Arbeiten entsprechend, Leute annehmen oder entlassen, muß hierüber aber stets die Bauleitung auf dem Laufenden halten, damit diese beurteilen kann, ob der Bestand an Leuten dem Bedarf für die auszuführenden Arbeiten entspricht. Er hat ferner dafür zu sorgen, daß der Zustand der Baustelle den polizeilichen Anforderungen entspricht und hat den Arbeitgeber auf etwaige Polizeiwidrigkeiten aufmerksam zu machen bezw. ihn von solchen zu benachrichtigen. Er hat überall da, wo es erforderlich ist, selbst Hand mitanzulegen, gibt den Leuten das Ende und den Beginn der Arbeitspausen an und hat Obacht zu geben, daß Werkzeuge und Geräte nach Feierabend an dazu bestimmte Aufbewahrungsorte gebracht werden. Am Wochenschluß hat er sein Buch, in welchem er die geleistete Arbeitszeit der Arbeiter aufgezeichnet hat, nach der Geschäftsstelle zu senden, damit hiernach die Lohnliste aufgestellt werden kann. Besondere Anstellungsbedingungen bestehen nicht, vielmehr erhält der Schachtmeister für seine Anwesenheit auf der Baustelle einen stundenweisen Entgelt. Eine gegenseitige Kündigung findet nicht statt. H. kann also zu jeder Tageszeit sofort aufhören oder entlassen werden, wie letzteres, abgesehen von Pflichtverletzungen, auch z. B. durch die Witterungs-

verhältnisse, das Ausbleiben von Baustoffen, Streiks, durch den Mangel neuer Aufträge und andere Ursachen bedingt werden kann. Ein schriftlicher Anstellungsvertrag besteht nicht." — Später hat die Firma noch angegeben, daß H. stets unter einem Bauleiter arbeite, daß ihm etwa 20—30 Mann unterstehen, daß er eine besondere Berufsausbildung nicht genossen habe, sondern früher Rohrleger gewesen sei. Er soll Arbeiter nur kraft besonderer Anweisung der Firma oder, um eine offene Stelle auszufüllen, annehmen dürfen. Strafen dürfe er nicht verhängen. Er habe die Arbeit nach den ihm gegebenen Weisungen unter die Kolonne zu verteilen. Für sachgemäße Ausführung der Arbeiten sei er nicht verantwortlich. Ebensowenig für die Beachtung der gesetzlichen und polizeilichen Vorschriften (Materiallagerung, An- und Abfuhr, Reinhaltung usw.) und der Unfallverhütungsvorschriften. H. bezog im Mai 1914 einen Stundenlohn von 1 Mark.

Auch in diesem Falle wurde — abweichend von der Ansicht des Rentenausschusses — die Versicherungspflicht verneint aus folgenden Gründen:

Das Oberschiedsgericht hat bereits in einer nicht grundsätzlichen Entscheidung vom 29. Januar 1916 — P. 57/15 — die Versicherungspflicht eines Eisenbetonvorarbeiters bei im wesentlichen gleichliegenden Sachverhalte verneint und in der grundsätzlichen Entscheidung vom 7. April 1916 — P. 139/15 — ausgesprochen, daß Maurer- und Zimmerpoliere in kleineren Betrieben, die von dem Geschäftsinhaber oder dessen sachkundigen Angestellten fortlaufend angeleitet und überwacht werden und einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit auf die körperliche Mitarbeit verwenden, nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte sind. Diese Entscheidungen sind auch für den vorliegenden Fall richtunggebend. Die Tätigkeit des H. besteht im wesentlichen in der Anführung und Beaufsichtigung einer Gruppe von Arbeitern. Unter sie hat er die Arbeiten zu verteilen, die ihm von der Bauleitung bis ins einzelne angegeben werden. Selbständige Anordnungs- und Leitungsbefugnisse fehlen ihm. Er hat auch keinerlei Vorbildung genossen, die ihn dazu befähigen würde. Er ist ohne schriftlichen Vertrag gegen Stundenlohn angestellt und kann jederzeit entlassen werden. Demgegenüber sind die einzelnen Umstände, auf die der angefochtene Beschluß Wert legt, nicht geeignet, die Annahme einer gehobenen Stellung des H. zu begründen. Insbesondere gilt das von seiner Befugnis, Arbeiter anzunehmen und zu entlassen, die in der Eigenart des Baubetriebs begründet ist und deren sachgemäße Ausübung der Arbeitgeber fortlaufend überwacht. Auch in der dem H. obliegenden Verpflichtung, das Fehlen von Baustoffen der Bauleitung zu melden und so ihre Nachlieferung zu veranlassen, liegt keine Mitwirkung an der Betriebsleitung. Zur Erfüllung dieser Verpflichtung bedarf es allerdings eines gewissen Ueberblicks über die vorhandenen Vorräte, der aber bei jedem älteren, erfahrenen Arbeiter vorausgesetzt werden kann. Wenn ferner H. dafür zu sorgen hat, daß der Zustand der Baustelle den polizeilichen Anforderungen entspricht, so wäre auch damit eine gehobene Stellung nicht bewiesen. Denn wenn von einer Verantwortlichkeit des H. nach außen hin und hier überhaupt gesprochen werden kann, und die Angaben des Arbeitgebers nicht bloß im Sinne einer dem H. obliegenden Meldepflicht in Ansehung ordnungswidriger Zustände auf der Baustelle zu deuten sind, so kennt § 151 RGO. Personen, die lediglich zur Beaufsichtigung in einem Betriebe bestellt sind, ohne die Stellung eines Betriebsbeamten oder Werkmeisters zu haben, und gleichwohl strafrechtlich verantwortlich gemacht werden können. (Zu vgl. Landmann, Kommentar zur Gewerbeordnung für das Deutsche Reich, Anm. 2a Abs. 2 zu § 151). Der Umstand endlich, daß H. die geleisteten Arbeitsstunden aufzuzeichnen hat, eine Beschäftigung, die sonst wohl Angestellte in gehobener Stellung ausüben, kann bei dem im übrigen festgestellten Sachverhalt nicht entscheidend sein. Hiernach, und da H. überall wo es nottut, selbst Hand anzulegen hat, war die Vorentscheidung aufzuheben und in Uebereinstimmung mit der Landesversicherungsanstalt und dem Schiedsgericht festzustellen, daß H. als Vorarbeiter zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehört.

Anmerkung: Die Entscheidungen sind auch für die Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung wichtig im Hinblick auf § 165 Abs. 2, § 1226 Abs. 2 und §§ 544, 545 RVO. Es ist aber zu beachten, daß die Entscheidungen auf der Würdigung der besonderen Umstände des Falles beruhen und eine andere Beurteilung in anders gelagerten Fällen nicht ausschließen.

Der stille Gesellschafter als Mitunternehmer; Haftung für Beiträge aus der Reichsversicherung.

Entsch. des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 8. April 1916 (B. K. 30/16).

Nach dem Vertrage vom 21. Dezember 1914 hat sich der Beklagte an dem von W. und J. unter der Firma F. O. W. & Co. betriebenen Unternehmen zur Herstellung von Tornistern mit 10 000 ℳ in der Art beteiligt, daß er neben der Verzinsung von 6 % für jeden von der genannten Firma abgelieferten Tornister 0,50 ℳ erhielt. Zur Sicherung seiner Forderung sind ihm sämtliche in den Fabrikationsräumen befindliche Gegenstände, insbesondere die Maschinen, die Werkstatt- und Bureaueinrichtung zum Eigentum übertragen worden. Hierbei wurden die Maschinen mit 3200 ℳ angerechnet und für den Restbetrag der Einlage Zession über 1800 ℳ ausstehende Forderungen gegeben. Schließlich ist bestimmt, daß die Inhaber W. und J. Auszahlungen aus dem Konto der Firma F. O. W. u. Co. nur mit Zustimmung

des Beklagten machen dürften. Demnach wurde — wie das Versicherungsamt bemerkt — durch die Hingabe des Betrages von 10 000 ℳ der Betrieb und die Aufrechterhaltung der Fabrik den mittellosen Inhabern W. und J. nicht nur ermöglicht, sondern der Beklagte erhielt auch das Verfügungsrecht über das Geschäftsunternehmen. Tatsächlich hat er auch den Kaufmann J. P., der das Darlehnsgeschäft vermittelt hatte, als Geschäftsführer eingesetzt, der nach der eigenen Angabe des Beklagten in seinem Auftrage die Anmeldungen der bei W. und J. beschäftigten Arbeiter bei der Krankenkasse besorgte. Ferner hat der Beklagte die Krankenkassenbeiträge bis Februar 1915 einschließlich entrichtet und bei der Liquidation der Firma F. O. W. u. Co. im Februar 1915 dem Geschäftsführer P. noch 150 ℳ zur Deckung der Krankenkassenbeiträge übergeben. Von diesem Betrag wurden aber die rückständigen Krankenkassenbeiträge nicht beglichen. Die Kasse verlangte nunmehr deren Bezahlung vom Beklagten und rief, da er sich weigerte, das Versicherungsamt an, das ihn zur Zahlung verurteilte, weil er als Arbeitgeber anzusehen sei.

In der gegen diese Entscheidung erhobenen Beschwerde führte der Beklagte aus: Er sei niemals Inhaber oder Mitinhaber der Firma Fr. O. W. und Cie., N., gewesen und habe für die Verbindlichkeiten der Firma keinerlei Haftung übernommen. Die von ihm bisher der Krankenkasse gegenüber geleisteten Zahlungen seien freiwillig gewesen; eine Verpflichtung hierzu könne für ihn aus dieser Tatsache nicht hergeleitet werden. Die eigentümliche Uebertragung des Geschäftsinventars sowie die Zession einiger Forderungen der Firma zur Sicherheit seines Kapitals sei nur Täuschung gewesen, da das Eigentum an den übertragenen Sachen nicht der Firma gehört habe; auch hätte diese keinerlei Forderungen an Dritte gehabt. Ferner habe er niemals die ihm für jeden Tornister zugesagte Vergütung von 0,50 ℳ erhalten. Wenn ihm zur Last gelegt werde, daß er den Kaufmann P. als Geschäftsführer in die Firma hineingebracht habe, so stimme dies nicht. P. habe die Geschäftsführung freiwillig ohne besondere Vergütung übernommen, um die ihm für seine Vermittelung zugesicherte Provision von 0,50 ℳ für jeden Tornister zu retten.

Dem Antrage der Krankenkasse entsprechend, hat das Oberversicherungsamt die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Ausführungen des Vorrichters sind nicht zu beanstanden; sie stehen durchaus im Einklang mit der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts. Nach den zwischen der Firma Fr. O. W. u. Cie und dem Beschwerdeführer geschlossenen Vertrage muß der Beschwerdeführer als Unternehmer angesehen werden. Unternehmer und Arbeitgeber sind grundsätzlich gleichlautende Begriffe. Man hat darunter denjenigen zu verstehen, dem das wirtschaftliche Ergebnis des Betriebes, dem der Wert oder Unwert der im Betriebe verrichteten Arbeiten zum Vorteil oder Nachteil gereicht (siehe Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2a zu § 13 RVO., Anm. 2 zu § 165, Hoffmann, Kr.Vers. Anm. 4 zu § 165). Der Begriff des Unternehmers in der sozialen Versicherung ist in der Hauptsache ein wirtschaftlicher, während die privatrechtliche Gestaltung der Rechtsverhältnisse, auf die der Beschwerdeführer sich beruft, dem gegenüber zurücktreten muß. Unternehmer- oder Mitunternehmer-Eigenschaft ist namentlich dann anzunehmen, wenn der Geldgeber nicht nur das Eigentum an den Betriebseinrichtungen, sondern auch eine weitgehende Einwirkung auf die Betriebsführung zusteht und wenn die Gegenleistungen des „Unternehmers“ an den „Geldgeber“ so bemessen sind, daß dieser an dem wirtschaftlichen Ergebnis des Betriebes unmittelbar beteiligt ist (siehe Moesle-Rabeling, Kommentar zur RVO. Band III Anm. 2 und 2 II zu § 633). Alle diese Voraussetzungen treffen beim Beschwerdeführer zu, wenn er formell auch nur als Geldgeber auftritt. Wenn der erwartete Gewinn aus der Beteiligung an dem Unternehmen ausgeblieben ist, oder gar, wie der Beschwerdeführer behauptet, betrügerische Handlungen der vermögenslosen Geldnehmer gegen ihn vorliegen, so vermag dies nach dem oben Gesagten die rechtliche Beurteilung des Falles nicht zu ändern; ebenso belanglos ist es, ob R. den Kaufmann P. als Geschäftsführer in die Firma hereingebracht oder ob dieser freiwillig die Führung des Geschäfts übernommen hat.

B. Zur Krankenversicherung.

Erkrankung auf dem Wege zum Antritt einer neuen Beschäftigung.

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt München vom 4. März 1916 (4701 K.)

Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger beginnt mit dem Tag des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung, § 306 RVO. Danach kann sie zwar vor der tatsächlichen Arbeitsleistung beginnen (Preuß. OVG. 48. S 344) jedoch ist Voraussetzung, daß die Beschäftigung im Laufe des Tages wirklich stattfindet, weil sonst dem Beschäftigungsverhältnis die für die Versicherungspflicht unumgängliche tatsächliche Grundlage fehlt. Dabei darf es sich jedoch nicht um die Scheinbeschäftigung eines völlig Beschäftigungsunfähigen handeln (vgl. von Frankenberg in Arb.-Vers. 1906 S. 105). Nach diesen Grundsätzen begründet eine Erkrankung auf den Weg zum Antritt einer neuen Beschäftigung keine Unterstützungsansprüche, wenn es nicht zu einer wirklichen Beschäftigung gekommen ist (Arb. Vers. 1910 S. 18 Ziff. 2).

Da der Kläger die seine Versicherungspflicht begründende Tätigkeit bei seinem neuen Arbeitgeber infolge des ihm auf dem Weg dorthin zugestoßenen Unfalls nicht antreten konnte, wurde er nicht Mit-

glied der Kasse und hatte deshalb gegen sie auch keine Ansprüche auf Krankenunterstützung. Er hatte sie auch nicht auf Grund seiner bis zum Abend des vorhergehenden Tags währenden Arbeitsleistung. Mit dem Abschluß der Arbeit war er aus der Verfügungsmacht des Arbeitsgebers ausgeschieden, seine Versicherungspflicht war damit beendet. Damit waren auch seine Ansprüche auf die Leistungen der Kasse, da die Anwendung des § 214 RVO. nach der Sachlage nicht in Betracht kam, erloschen (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2 zu § 206 RVO.) Mochten sich deshalb auch die Beschäftigungsverhältnisse zivilrechtlich aneinander reihen, das Versicherungsverhältnis war durch die Niederlegung der Arbeit bis zu deren tatsächlicher Wiederaufnahme unterbrochen. Für den in der versicherungsfreien Zeit eintretenden Krankheitsfall hat die Kasse keine Unterstützung zu leisten.

Der Versicherte hat auch in dringenden Fällen keinen Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 12. Okt. 1915 (2191 Amtl. Nachr. 1916 S. 478).

Daß der Kläger an einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit gelitten hat, steht einwandfrei fest. Er hat somit nach § 182 RVO. Anspruch auf Krankenpflege und Krankengeld. Diesen Anspruch, der übrigens von der Beklagten in der Berufungsinstanz hinsichtlich des Krankengeldes anerkannt worden ist, konnte er nicht dadurch verlieren, daß er sich nach seiner Erkrankung, ohne vorher die Genehmigung des Kassenvorstandes einzuholen oder dessen Zustimmung abzuwarten, in ein Krankenhaus begab. Denn bei dem Vorliegen der Voraussetzungen des § 182 ist regelmäßig Krankenpflege und Krankengeld zu gewähren, soweit letzteres nicht auf Grund einer nach § 192 erlassenen Satzungsbestimmung zu versagen oder auf Grund besonderer Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§§ 420, 421, 423, 424, 436, 483) zu kürzen oder zu versagen ist. Dabei ist wegen der Gewährung der Arzthilfe zu beachten, daß die Kasse ihrer Pflicht zur Bereitstellung ärztlicher Hilfe (zu vgl. Entsch. 1808, Amtl. Nachr. 1914 S. 379) regelmäßig schon dann genügt, wenn sie bestimmte Aerzte (Kassenärzte) bezeichnet, deren Hilfe die Kassenmitglieder bei Erkrankungsfällen in Anspruch nehmen können (zu vgl. auch § 369), und daß, von dringenden Fällen abgesehen, die Erstattung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte dem Versicherten erwachsenden Kosten regelmäßig nicht verlangt werden kann.

An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes kann die Kasse Kur und Verpflegung in einem Krankenhause (Krankenhauspflege) gewähren (§ 184). Daraus folgt, daß neben dieser Ersatzleistung gleichzeitig Krankengeld nicht zu gewähren ist, wohl aber gegebenenfalls nach § 186 Hausgeld. Das hat das Versicherungsamt verkannt. Ein eigentlicher klagbarer Rechtsanspruch auf Gewährung von Krankenhauspflege steht den Versicherten nicht zu. Dies entsprach der nach dem Krankenversicherungsgesetze herrschenden Ansicht, ist vom Reichsversicherungsamt auch für das jetzige Recht angenommen worden (zu vgl. Revisionsentsch. 1935, Amtl. Nachr. 1914 S. 818) und muß grundsätzlich auch für diejenigen Fälle gelten, in denen die Krankenkassen nach Abs. 4 des § 184 möglichst Krankenhauspflege gewähren sollen. Es ergibt dies sowohl die Wortfassung — die Vorschrift ist eine Soll- keine Mußvorschrift —, wie die Entstehungsgeschichte des § 184 Abs. 4. Ein bei den Kommissionsberatungen gestellter Antrag, dem § 199 des Entwurfs (§ 184 RVO.) den Absatz zuzufügen: „Die Kasse muß an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Krankenhauspflege gewähren, wenn die Krankenhauspflege nach dem Gutachten des behandelnden Arztes notwendig ist. Ferner dann, wenn der Kranke einen eigenen Haushalt nicht hat und die Krankenhauspflege verlangt" wurde als zu weitgehend und wegen Mangels an Krankenhäusern undurchführbar abgelehnt (Kommber. II S. 64 ff.). Der gleiche Antrag kehrte bei den Reichstagsverhandlungen wieder, wurde aber auch hier abgelehnt (Stenogr. Ber. S. 6473). Ist hiernach auch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung davon auszugehen, daß der Versicherte nach § 184 und auch nach Abs. 4 keinen Rechtsanspruch auf Krankenhausbehandlung hat, so ist es auch nicht angängig, die Krankenkasse, die das Wahlrecht nach § 184 nicht ausüben, vielmehr nur Krankenhilfe nach § 182 gewähren will, im Spruchverfahren zur Gewährung der Krankenhausbehandlung zu verurteilen (zu vgl. Monatsschr. f. Arb.u. Angest.Vers. 1915 Sp. 301, 302). Denn das Spruchverfahren dient nur zur Feststellung der rechtlichen (gesetzlichen oder satzungsmäßigen) Ansprüche auf Leistungen aus der Reichsversicherung. Eine Verurteilung im Spruchverfahren ist nur möglich, wenn eine rechtliche Verpflichtung zur Gewährung einer Leistung besteht. Eine andere, hier nicht zu entscheidende Frage ist es, ob gegen eine Kasse, welche die Sollvorschrift des § 184 Abs. 4 nicht beachtet, die Aufsichtsbehörde einschreiten kann Darauf weist die Begründung des in den Kommissionsberatungen gestellten Antrags hin, dem § 184 Abs. 4 seine Entstehung verdankt: „Der Antrag wolle der Beschwerdeinstanz die Möglichkeit geben, nach eigener Prüfung der Verhältnisse eine von der ablehnenden Entschließung des Kassenvorstandes abweichende Entscheidung zu treffen." Gegen die Zulässigkeit eines Einschreitens der Aufsichtsbehörde in solchen Fällen wird geltend ge-

macht, daß die Aufsichtsbehörde nicht zu Anordnungen an den Kassenvorstand berechtigt ist, bestimmte Kassenleistungen an einen Versicherten zu gewähren (zu vgl. Monatsschr. a. a. O. Sp. 302). Ob dieser Einwand stichhaltig ist, kann hier unerörtert bleiben.

Auch das Vorliegen eines sogenannten „dringenden Falles" gibt dem Erkrankten keinen Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege. Zwar kann die Kasse eine ohne ihre vorherige Zustimmung vollzogene Krankenhausbehandlung nachträglich genehmigen (zu vgl. auch die Rekursentsch. 2313 Amtl. Nachr. 1909 S. 467), immer aber ist die Gewährung der Krankenhauspflege von der Zustimmung der Kasse abhängig .Dies ist indessen nicht dahin zu verstehen, daß der Kassenvorstand in allen Fällen die Zustimmung selbst erteilen müßte. Er kann auch den Kassenärzten allgemein oder in bestimmten Fällen die Befugnis übertragen, Einweisungen in das Krankenhaus mit verbindlicher Wirkung für die Kasse vorzunehmen (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3d zu § 184). Dies ist im vorliegenden Falle nicht geschehen. Der Vorstand hat sich vielmehr nach § 11 Abs. 1 der Satzung in allen Fällen die Zustimmung zu der Krankenhauspflege und ihre Anordnung vorbehalten. Diese Satzungsbestimmung ist nicht ungesetzlich; sie enthält keine unzulässige Ausdehnung der Rechte des Kassenvorstandes, sondern nur eine Wiederholung oder Klarstellung der ihm nach § 184 gesetzlich zustehenden Befugnisse. Auch durch § 371, der lediglich die Frage der Auswahl der Krankenhäuser regelt, werden die Rechte der Kassen hinsichtlich der Gewährung von Krankenhauspflege nicht eingeschränkt. Wenn dort von Fällen die Rede ist, „in denen die Kasse Krankenhausbehandlung zu gewähren hat" — ein Zusatz, den die Reichstagskommission beschlossen hat (Kommissionsber. II S. 339) —, so kann sich dies nur auf die erweiterte Krankenpflege (§§ 426 ff., 429, 435, 437, 487 RVO.) und auf diejenigen Fälle beziehen, in denen die Kasse an sich willens und bereit war, Krankenhauspflege eintreten zu lassen; auch die dringenden Fälle gehören nicht ohne weiteres, sondern nur dann hierher, wenn der Vorstand Krankenhauspflege angeordnet oder zugebilligt hat (zu vgl. Hoffmann, Kommentar Anm. 3 und 4 zu § 371; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1 zu § 371).

Geht man hiervon aus, so ergibt sich, daß der Kläger beim Fehlen der Zustimmung oder Genehmigung des Kassenvorstandes keinen Anspruch auf Krankenhauspflege gehabt hat. Die Kasse kann deshalb auch zur Gewährung der Krankenhauspflege nicht verurteilt werden. Ist dies aber der Fall, so ist es auch nicht zulässig, dem Kläger den Ersatz der sämtlichen ihm durch die Aufnahme und Verpflegung im Krankenhaus erwachsenen Kosten zuzusprechen. Er kann nicht statt der Sachleistung, auf die er keinen klagbaren Anspruch hat, die Gewährung der entsprechenden Baraufwendungen verlangen. Ein Anspruch auf Erstattung der eigentlichen Verpflegungskosten, des Unterhalts im Krankenhause, steht also dem Kläger nicht zu. Dagegen hat er Anspruch auf Gewährung des Krankengeldes nach § 182 Nr. 2 auch für die Zeit, in der er im Krankenhause wegen seiner mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit untergebracht worden ist. Ferner kann er nach § 182 Nr. 1 die Gewährung der Krankenpflege verlangen.

Voraussetzung der Nichtanrechnung krankengeldfreier Zwischenzeiten nach § 183 Abs. 1 RVO.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 21. Dezbr. 1915 (2201 Amtl. Nachr. 1916 S. 514).

Nach § 183 Abs. 1 Satz 1 RVO. in Verbindung mit § 187 Nr. 1 endet die Krankenhilfe spätestens mit Ablauf der sechsundzwanzigsten Woche oder der längeren satzungsmäßigen Unterstützungsfrist nach Beginn der Krankheit, wird jedoch Krankengeld erst von einem späteren Zeitpunkt ab bezogen, nach diesem. Gemäß § 183 Abs. 1 Satz 2 werden die in den Krankengeldbezug fallenden Zeiten, in denen nur Krankenpflege gewährt wird, auf die Dauer des Krankengeldbezugs bis zu dreizehn Wochen nicht angerechnet. Diese Vorschrift wird von der beklagten Kasse und den Vorinstanzen verschieden ausgelegt. Die Kasse hält sie nur dann für anwendbar, wenn der Versicherte zu derjenigen Zeit, zu der die Krankenhilfe gemäß § 183 Abs. 1 Nr. 1 nach Gesetz oder Satzung ablaufen würde, arbeitsunfähig ist. Während das Versicherungsamt meint, daß diese Ansicht im Gesetze keine Stütze finde, hält das Oberversicherungsamt die Auffassung der Kasse für zutreffend. Auch der Senat hat sich, ohne die Zweifelhaftigkeit der Frage zu verkennen, dieser Ansicht angeschlossen. § 183 Abs. 1 Satz 2 schließt krankengeldfreie Zwischenzeiten bis zu einer gewissen Dauer nur von der Anrechnung auf den Krankengeldbezug aus. Die Vorschrift bezweckt somit nach ihrem Wortlaut eine Verlängerung des Krankengeldbezugs über diejenige Zeit hinaus, zu der er sonst nach Satz 1 ablaufen würde. Eine derartige Verlängerung des Krankengeldbezugs kann aber nur in Frage kommen, wenn der Versicherte zu jener Zeit arbeitsunfähig ist; denn der Anspruch auf Krankengeld setzt nach § 182 Nr. 2 Arbeitsunfähigkeit des Versicherten voraus. Folglich ist auch § 183 Abs. 1 Satz 2 nach seinem Wortlaut nur dann anzuwenden, wenn zu dem bezeichneten Zeitpunkt Arbeitsunfähigkeit besteht. Auch die Entstehungsgeschichte des § 182 Abs. 1 Satz 2 spricht nicht unbedingt gegen diese Auffassung. Die Vorschrift beruht auf einem Beschlusse der zur Beratung der Reichsversicherungs-

ordnung eingesetzten Reichstagskommission (zu vgl. Kommissionsber. 2. Teil S. 59 ff.). In der zweiten Lesung war beschlossen worden, dem § 198 Abs. 1 des Entwurfs (jetzt § 183 Abs. 1 Satz 1 RVO.) folgende Vorschrift hinzuzufügen: „Jedoch wird die Zeit nicht mitgerechnet, für die die Kasse dem Kranken nur Krankenpflege gewährt" (zu vgl. S. 59 a. a. O.). In der Ausgleichslesung wurde ausgeführt, der in der zweiten Lesung gefaßte Beschluß gehe zu weit; er verpflichte unter Umständen die Krankenkassen, jahrelang Krankenpflege zu gewähren. Man wolle die bisherige Praxis der Krankenkassen berücksichtigen und ihnen die Möglichkeit geben, vorübergehende Zeiten der Arbeitsfähigkeit anzurechnen, doch dürfe das nicht zu dem Zustand führen, den die Beschlüsse zweiter Lesung ermöglichten. Auch nach dem vorliegenden Antrag (jetzt § 183 Abs. 1 Satz 2) könne eine Kasse noch weit über 26 Wochen hinaus Krankenpflege gewähren müssen. Es sei folgender Fall denkbar: 25 Wochen Krankheit mit Arbeitsfähigkeit und Krankenpflege, eine Woche Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeld, 13 Wochen Arbeitsfähigkeit mit Krankenpflege; alsdann blieben, da nur diese letzten 13 Wochen nach dem Antrag anrechenbar seien, immer noch 25 Wochen für Krankengeldbezug übrig, zusammen also 64 Wochen ganze oder teilweise Krankenhilfe. § 183 Abs. 1 Satz 2 erhielt darauf die jetzt geltende Fassung (zu vgl. S. 63 f. des Kommissionsber.). Dabei ist, wie sich aus dem angeführten Beispiel ergibt anscheinend an den Fall gedacht, daß bei Ablauf der gesetzlichen, mit dem ersten Krankengeldbezuge beginnenden Unterstützungsfrist (§ 183 Abs. 1 Satz 1) Arbeitsunfähigkeit besteht. Den gleichen Fall betrifft augenscheinlich auch das Beispiel, das zur Begründung des in der zweiten Lesung gestellten Antrags gegeben wurde (S. 59 des Kommissionsber.). Dort ist von dem „Wiedereintritte der Erwerbsunfähigkeit" vor Ablauf der sechsundzwanzigwöchigen Unterstützungsfrist die Rede. Daraus ist zu schließen, daß das Beispiel sich auch nur auf solche Versicherten bezog, deren Arbeitsunfähigkeit bei Ablauf der Frist noch fortbestand.

Anwendung des § 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer als Mitglieder von knappschaftlichen Krankenkassen.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel usw.** vom 29. Juni 1916 (I 4031).

Nach § 1 der Bekanntmachung des stellvertretenden Reichskanzlers vom 14. Juni 1916, betreffend § 214 Abs. 3 RVO. (RGBl. S. 516/517) gilt dem Aufenthalt im Ausland im Sinne des § 214 Abs. 3 RVO. nicht gleich ein Aufenthalt im Ausland, der durch Einberufung zu Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten für das Reich oder eine ihm verbündete Macht verursacht ist.

Grund und Zweck dieser Vorschrift sind in der Begründung zu § 1 der Bekanntmachung ausführlich dargelegt. Danach ist beim Erlaß der früheren einschlägigen Vorschriften (Gesetz betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenvers. vom 4. Aug. 1914 — RGBl. S. 334 — und § 1 der Bekanntmachung über Krankenvers. und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Jan. 1915 — RGBl. S. 49 —) davon ausgegangen worden, daß ein Ausscheiden wegen Eintritts in den Heeresdienst nicht als Ausscheiden „wegen Erwerbslosigkeit" zu gelten habe und deshalb eine Aenderung des Abs. 3 des § 214 RVO. ohne praktischen Zweck sei. Da aber das Reichsversicherungsamt den Abs. 1 des § 214 auch auf Heeresangehörige und demgemäß auch auf Kriegsteilnehmer anwende und an dieser Auffassung entgegen der Stellungnahme zweier Landesversicherungsämter durch Entscheidung seines Großen Senats festgehalten habe, und da das Reichsversicherungsamt entsprechend dem klaren Wortlaut des erwähnten Gesetzes vom 4. August 1914 die Anwendbarkeit der dort ausgesprochenen Gleichstellung des Auslandes mit dem Inland auf die Fälle des § 214 RVO. verneint habe, so müsse aus dieser Stellungnahme des Reichsversicherungsamts gegenüber einer bereits bestehenden Vorschrift die notwendige Folge gezogen werden: Hätte das Reichsversicherungsamt schon vor Ausbruch des Krieges Gelegenheit zu seiner Auslegung des § 214 Abs. 1 a. a. O. gehabt, so würde gewiß schon das Notgesetz vom 4. August 1914 für die Kriegsteilnehmer die Ausnahmevorschrift des Abs. 3 daselbst mitberücksichtigt haben. Dies werde jetzt nachgeholt, und zwar unter Zurückbeziehung der Wirkung der Maßnahmen auf den Kriegsbeginn (§ 2 der Bekanntmachung) (zu vgl. Drucksache des Bundesrats Nr. 182 Session 1916 S. 3/4).

Indem die Bekanntmachung sonach die Folgen aus der Stellungnahme des Reichsversicherungsamts zieht, erkennt sie diese Stellungnahme als maßgebend an. Aus der Billigung dieser Stellungnahme durch den Gesetzgeber ergibt sich aber ohne weiteres, daß nunmehr der § 214 Abs. 1 RVO. innerhalb des Geltungsgebietes der eingangs erwähnten Bekanntmachung in der Weise ausgelegt werden muß, wie es das Reichsversicherungsamt in seiner grundsätzlichen Entscheidung vom 28. Juni 1915 (Nr. 2071 Amtl. Nachr. 1915 S. 635/638) sowie der Entsch. des Großen Senats vom 11. Dezember 1915 (Nr. 2137, Amtl. Nachr. 1916 S. 334 ff.) getan hat. Die abweichende Entscheidung des Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten vom

18. Januar 1916 (vgl. Kompaß 1916 S. 122 ff.) verliert gegenüber dieser neuen Rechtslage ihre Bedeutung.

Die erwähnte Bekanntmachung gilt nun aber nicht nur für die reichsgesetzlichen Krankenkassen (§ 235 RVO.), sondern auch für die knappschaftlichen Krankenkassen (§ 495 ff. RVO.). Die Begründung (S. 4) führt in dieser Beziehung aus:

„Die Vergünstigung muß ebenso wie den Mitgliedern der reichsgesetzlichen Krankenkassen (§ 235 RVO.) auch den Mitgliedern der knappschaftlichen Krankenkassen (§ 495 ff.. a. a. O.) zugute kommen. Für die knappschaftlichen Krankenkassen braucht dies nicht ausdrücklich ausgesprochen zu werden, da für sie nach § 500 RVO. der § 214 und demgemäß auch eine an diesem vorgenommene Aenderung ohne weiteres kraft Gesetz gilt".

Einer entsprechenden gesetzlichen Vorschrift bedarf es nicht. Auch die Aufnahme zahlreicher Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in die Novelle zum Knappschaftsgesetz vom 3. Juni 1912, betreffend die Aenderung des Siebenten Titels im Allgemeinen Berggesetze vom 24. Juni 1865, 19. Juni 1906 (Gesetzsamml. S. 97), beruhte nicht auf der Notwendigkeit, den betreffenden Vorschriften dadurch Rechtswirksamkeit zu verleihen, sondern auf Zweckmäßigkeitserwägungen (zu vgl. Begr. dieses Ges. zu Art. I S. 22).

Unter diesen Umständen ersuche ich das Kgl. Oberbergamt, die Knappschaftsvereine seines Bezirks unter abschriftlicher Mitteilung dieses Erlasses auf die Bedeutung der eingangs bezeichneten Bekanntmachung sowie auf die besondere Vorschrift des § 2 aufmerksam zu machen.

Anmerkung: Der Erlaß stimmt mit dem überein, was wir im Heft 19 S. 454 über die Entscheidung des Oberschiedsgerichts und die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 14. Juni 1916 bemerkt haben.

§ 195 RVO. setzt Mitgliedschaft zur Zeit der Niederkunft voraus.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 10. April 1916 (2202 Amtl. Nachr. 1916 S. 515).

Die Klägerin stand vom 1. Juli 1914 bis zum 31. Januar 1915 bei dem Kaufmann B. in E. in Dienst und war in dieser Zeit bei der beklagten Ortskrankenkasse versichert. Am 31. Jan. 1915 schied sie aus der Beschäftigung aus, ohne von dem Rechte der Weiterversicherung Gebrauch zu machen. Am 17. März wurde sie von einem Kinde entbunden. Sie erhob Anspruch auf Kriegswochenhilfe. Die Krankenkasse lehnte jede Leistung ab, weil die Wöchnerin zur Zeit der Niederkunft nicht mehr versichert gewesen sei und auch die Voraussetzungen des § 214 RVO. nicht vorlägen.

Das Versicherungsamt wies den Anspruch ab. Es nahm an, daß gegen Krankheit versicherten Wöchnerinnen, die Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO., nicht aber auf Wochenhilfe nach § 1 der Bek .v. 3. Dezember 1914 haben, ihre Kasse nach § 8 der Bek. v. 3. Dezember 1914 und § 12 der Bek. v. 23. April 1915 die in den §§ 3 bezw. 4 der angeführten Bekanntmachungen bezeichneten Leistungen zu gewähren habe. Es frage sich also zunächst, ob der Klägerin die Ansprüche aus § 195 RVO. zustehen. Nach dieser Vorschrift erhalten Wöchnerinnen, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit versichert gewesen sind, ein Wochengeld für acht Wochen. Da die Klägerin in dem ihrer Niederkunft vorhergehenden Jahre sieben Monate versichert war, habe sie die Voraussetzungen des § 195 erfüllt. Der Anspruch der Klägerin scheitere aber, weil sie nicht zur Zeit der Niederkunft Kassenmitglied gewesen sei. Dieser Auffassung stehe auch die Entsch. 1957 des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1914 S. 823) nicht entgegen.

Auf die Berufung der Klägerin hat das Oberversicherungsamt die Sache auf Grund des § 1693 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben und sich dabei im Sinne des Versicherungsamts geäußert.

Das Reichsversicherungsamt hat die Berufung zurückgewiesen. Gründe:

Die Ansicht des Versicherungsamts, daß seiner Auffassung die Entscheidung 1937 (Amtl. Nachr. 1914 S. 823) nicht entgegenstehe, ist zutreffend. Diese Entscheidung spricht nur aus, daß § 198 RVO. nicht das Bestehen der Versicherungspflicht zur Zeit der Niederkunft fordert. Daß auch die Kassenmitgliedschaft im gedachten Zeitpunkt unnötig sei, ist dort weder ausgesprochen noch auch nur angedeutet. Einer solchen Auffassung würde auch der Tatbestand der bezeichneten Entscheidung entgegenstehen, wonach es sich um eine Wöchnerin handelte, die freiwilliges Kassenmitglied zur Zeit der Niederkunft war. Es ist zwar richtig, daß im § 195 Abs. 1 die Voraussetzung der Mitgliedschaft nicht ausdrücklich erwähnt wird. Dies ist aber nur deshalb als unnötig unterblieben, weil sowohl nach dem System des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung als auch nach demjenigen des Krankenversicherungsgesetzes zweifellos Unterstützungen nur an Mitglieder zu zahlen sind, soweit das Gesetz nicht ausdrücklich Ausnahmen zuläßt, wie dieses z. B. im § 214 der Fall ist. Hiernach steht der Klägerin kein Anspruch auf Wochenhilfe zu, weil sie zur Zeit der Niederkunft der beklagten Kasse nicht mehr als Mitglied angehörte.

Dringender Fall im Sinne des § 368 RVO. bei Verzögerung durch die Kasse und den Kassenarzt. — Röntgenbestrahlung als ärztliche Behandlung.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 4. April 1916 (2193 Amtl. Nachr. 1916 S. 482).

Die Klägerin ist als Krankenschwester Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse H. Sie erkrankte im Jahre 1914 an einem Unterleibs-

leiden und trat in Behandlung des Dr. S. in H., der den Kassenspezialarzt Dr. T. vertrat. Dr. S. hielt eine Behandlung der Klägerin mittels Röntgenbestrahlung für nötig und empfahl ihr, die Hilfe des Spezialarztes für Röntgenbehandlung Dr. H. in H. in Anspruch zu nehmen. Die Bitte der Klägerin, ihr einen Krankenschein für diesen Arzt auszustellen, wurde von der Kasse mit der Begründung abgelehnt, daß Dr. H. nicht Kassenarzt sei. Der Kassenspezialarzt für Röntgenbehandlung sei Dr. M. in H.; die Klägerin könne ihm aber erst überwiesen werden, wenn sie eine Bescheinigung des Dr. S. über die Notwendigkeit der Röntgenbehandlung vorlege. Als die Klägerin dies dem Dr. S. mitteilte, weigerte er sich entschieden, die Bescheinigung auszustellen, riet vielmehr der Klägerin wiederum dringend, sich an Dr. H. zu wenden. Die Klägerin bat darauf die Kasse, sie unmittelbar dem Kassenspezialarzte zu überweisen. Die Kasse erklärte jedoch nach der Behauptung der Klägerin, daß dies erst dann geschehen könne, wenn Dr. S. die Notwendigkeit der Ueberweisung an den Kassenspezialarzt bescheinige. Die Klägerin ließ sich nunmehr von Dr. H. behandeln, der ihr dafür 300 M. in Rechnung stellte. Mit der vorliegenden Klage verlangt die Klägerin Ersatz dieser Summe von der Kasse. Das Versicherungsamt hat dem Antrag durch Entscheidung vom 11. Oktober 1915 stattgegeben. Auf die Berufung der Kasse hat das Oberversicherungsamt ein Gutachten des Dr. H. darüber eingeholt, ob bei der Röntgenbestrahlung neben der ärztlichen Anordnung, Regelung und Beaufsichtigung das sächliche Mittel von sehr erheblicher Bedeutung sei. Dr. H. hat die Frage bejaht und sich im übrigen dahin geäußert, daß die Röntgenbestrahlung sich als ärztliche Behandlung, nicht als Heilmittel im Sinne des § 182 Nr. 1 RVO. darstelle. Da es sich insoweit um eine vom Reichsversicherungsamte noch nicht entschiedene Frage von grundsätzlicher Bedeutung handelt, hat das Oberversicherungsamt die Sache, in der die Revision nach § 1696 Nr. 2 ausgeschlossen ist, gemäß § 1693 an das Reichsversicherungsamt abgegeben. In seiner gutachtlichen Aeußerung hat sich das Oberversicherungsamt dem Gutachten des Dr. H. angeschlossen.

Das Reichsversicherungsamt hat die Berufung zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Nach § 368 RVO. darf ein Versicherter die Hilfe eines anderen Arztes als eines Kassenarztes in Anspruch nehmen, wenn ein dringender Fall vorliegt. Dann hat ihm die Kasse die dadurch verursachten Kosten zu erstatten. Um einen dringenden Fall im Sinne jener Vorschrift handelt es sich auch dann, wenn bei der Notwendigkeit spezialärztlicher Hilfe die Ueberweisung des Erkrankten an einen Spezialarzt durch das Verhalten der Kasse oder der Kassenärzte verzögert wird (zu vgl. Entsch. des Königl. Bayer. Verwaltungsgerichtshofs vom 14. Mai 1906, Reger, Entsch. 26 S. 391). Aehnlich liegt die Sache hier. Unstreitig war die Behandlung der Klägerin durch einen Spezialarzt für Röntgenbehandlung notwendig. Die Kasse machte aber die Ueberweisung an den Kassenspezialarzt wiederholt von der Vorlegung einer Bescheinigung des Dr. S. abhängig. Darüber, welchen Inhalt die Bescheinigung haben sollte, gehen die Angaben der Klägerin und des im Termine vor dem Reichsversicherungsamt erschienenen Vertreters der Kasse zum Teil auseinander. Wie bemerkt, behauptet die Klägerin, die Kasse habe auf ihre Bitte, sie dem Kassenspezialarzt unmittelbar zu überweisen, erklärt, daß Dr. S. zuvor die Notwendigkeit der Ueberweisung bescheinigen müsse. Diese Behauptung hat der im Termine vor dem Oberversicherungsamt erschienene Vertreter der Beklagten nicht bestritten. Dagegen hat der Vertreter der Kasse, der den Termin vor dem Reichsversicherungsamte wahrnahm, erklärt, Dr. S. habe auch damals lediglich die Notwendigkeit der Röntgenbehandlung bescheinigen sollen. Welche Darstellung zutrifft, kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls hat Dr. S. die Ausstellung einer Bescheinigung verweigert. Die Ueberweisung der Klägerin an den Kassenspezialarzt, welche die Klägerin zuletzt selbst beantragt hatte, wurde somit durch das Verhalten der Kasse und des stellvertretenden Kassenarztes Dr. S. unmöglich gemacht. Unter diesen Umständen war die Klägerin zur Vermeidung einer Verzögerung der spezialärztlichen Behandlung befugt, die Dienste eines Nichtkassenarztes in Anspruch zu nehmen. Wie das Versicherungsamt zutreffend ausführt, hat die Klägerin alles getan, was ihrerseits erforderlich war, um sich die Hilfe des Kassenspezialarztes zu verschaffen. Weitere Versuche, den Widerstand des Dr. S., der sich anscheinend über die in Betracht kommenden rechtlichen Gesichtspunkte nicht völlig klar war, zu überwinden, konnten der Klägerin, zumal bei der Stellung einer Krankenschwester gegenüber den Aerzten, nicht wohl zugemutet werden. Es wäre Sache der Kasse gewesen, auf Dr. S. einzuwirken oder sich ein Urteil über die Notwendigkeit der Röntgenbestrahlung auf andere Weise als durch eine Bescheinigung des Dr. S. zu verschaffen. Keinesfalls durfte sie die Klägerin unter dem Widerstande dieses Arztes leiden lassen.

Auch im übrigen ist die Entscheidung des Versicherungsamts nicht zu beanstanden. Der Klageanspruch wäre allerdings unbegründet, wenn eine Röntgenbestrahlung nicht als ärztliche Behandlung, sondern als Heilmittel im Sinne des § 182 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung anzusehen wäre. Denn nach dieser Vorschrift sind die Kassen nur zur Lieferung kleinerer Heilmittel verpflichtet, und als ein solches würde sich eine Röntgenbestrahlung wegen ihrer Kostspieligkeit nicht darstellen. Der Senat hat jedoch in Uebereinstimmung mit der gutachtlichen Aeußerung des Oberversicherungsamts die Röntgenbestrahlung nicht als Heilmittel, sondern als ärztliche Behandlung im Sinne des § 182 Nr. 1 RVO. erachtet. Nach dem Gutachten des Dr. H. muß bei der Röntgenbehandlung jede einzelne Bestrahlung vom Arzte überwacht oder

nach seiner genauen Anordnung ausgeführt werden. Dabei hat der Arzt unter anderem die Beschaffenheit und Stärke der Bestrahlung sowie die danach erforderliche Einstellung der Apparate und Hilfsapparate je nach Lage des Falles zu bestimmen. Auch hierzu bedarf es besonderer Sachkunde und Erfahrung, zumal da es sich bei der Röntgenbestrahlung um ein verhältnismäßig noch neues Verfahren handelt, bei dem überdies jede fälschliche oder nicht den Umständen des Falles angepaßte Anwendung erheblichen Schaden stiften kann. Hiernach kommt bei der Röntgenbestrahlung der persönlichen Tätigkeit des Arztes eine so wesentliche Bedeutung zu, daß demgegenüber der allerdings auch erhebliche stoffliche Wert des angewendeten Mittels in den Hintergrund tritt und somit die Bestrahlung als ärztliche Behandlung anzusehen ist (ebenso Entsch. des Großherzogl. Oldenburg. Oberverwaltungsgerichts vom 11. Jan. 1912, Arb.Vers. 1912 S. 253; zu vgl. auch Rev.Entsch. 2069, Amtl. Nachr. 1915 S. 633).

Die Beklagte ist demnach verpflichtet, der Klägerin den verlangten Betrag von 300 M. zu ersetzen. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

C. Zur Unfallversicherung.

Prämienhaftung eines Gläubigers statt des Bauherrn nach § 819 RVO.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 31. Jan. 1916 (2863 Amtl. Nachr. S. 408).

Eine Gesellschaft, die Baustellen vertrieb, hatte einem unbemittelten Bauunternehmer eine Baustelle unter Bedingungen verkauft, die das Geschäft zu einem Bauspekulationsgeschäft im Sinne der Entsch. 2713 (Amtl. Nachr. 1914 S. 542) machten. Sie hatte jedoch ihre Hypothek an der Baustelle, durch die sie sich den Bauspekulationsgewinn sichern wollte, noch vor Beginn des Baues einem ihrer Gläubiger als Pfand abgetreten. Dieser Gläubiger, ein Fabrikbesitzer M., wurde auf Antrag der Baugewerks-Berufsgenossenschaft durch Beschluß des Oberversicherungsamts gemäß § 819 RVO. verurteilt, die Prämie, die der Bauunternehmer schuldig geblieben war, zu zahlen. Seine Beschwerde hat der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts abgewiesen aus den folgenden Gründen:

Der Fabrikbesitzer M. ist dadurch, daß er die Restkaufgeldhypothek erwarb, in dieses Bauspekulationsgeschäft eingetreten. Zwar hat er, wie er behauptet und die Aussage des Geschäftsführers der Gesellschaft beweist, die Hypothek nicht zu Eigentum, sondern zu Pfande als Sicherheit für Forderungen erworben, die er gegen die Gesellschaft hatte. Der Erwerb einer Sicherheit ist aber immerhin auch ein Gewinn und wird es um so mehr, je unsicherer die Forderungen sind, für welche die Sicherheit gegeben wird. Die Forderungen, die M. gegen die Gesellschaft hatte, waren gefährdet. Zwar war die Gesellschaft nach der Aussage des Geschäftsführers im Januar 1911, als M. die Hypothek erwarb, noch zahlungsfähig, doch war sie offenbar schon in Zahlungsschwierigkeiten. Die Tatsache, daß die Gesellschaft die fälligen Forderungen nicht sofort zahlte, daß die Zahlung der Forderungen, deren Gesamtbetrag sich nach Aussage des Zeugen auf etwa 32 000 ℳ stellte, in monatlichen Raten von nur 1000 ℳ erfolgen sollte, und daß M. eine Sicherheit verlangte, sprechen dafür, daß die Gesellschaft trotz ihres großen Besitzes an Baugelände in ungünstigen Vermögensverhältnissen war. Tatsächlich ist sie noch im gleichen Jahre in Vermögensverfall geraten. Denn wie die Berufsgenossenschaft ermittelt hat, ist schon eine Pfändung, welche die Kreiskommunalkasse wegen Kreisumsatzsteuern im Oktober 1911 vornahm, fruchtlos geblieben, und im Mai 1912 hat der Geschäftsführer namens der Gesellschaft den Offenbarungseid geleistet. Der Fabrikbesitzer M. hat die Restkaufgeldhypothek also zu Pfand erworben, um einen drohenden Verlust zu vermeiden, und als Geschäftsmann, der mit der Gesellschaft überdies in Geschäftsverbindung stand, hat er weiter auch sicher gewußt, daß die Restkaufgeldhypothek erst durch den Bau ihren vollen Wert erhalten konnte. Ein Irrtum des M. in dieser Richtung ist um so unwahrscheinlicher, als er die Restkaufgeldhypothek mit der Bedingung erwarb, den Baugeldern das Vorrecht zu gewähren.

Diese Bedingung mußte ihn dazu drängen, sich über die Belastung der Baustelle und die durch den Bau zu erwartende Wertsteigerung zu unterrichten. In Uebereinstimmung hiermit nimmt auch der Geschäftsführer der Gesellschaft an, daß M. sich durch seinen Vertreter über den Wert der Hypothek vorher unterrichtet habe. Das Interesse des M. an dem Bau steht also fest.

Der Fabrikbesitzer M. hat unter diesen Umständen als Bauherr im Sinne des § 819 RVO. zu gelten. Denn er hatte als Pfandgläubiger der Restkaufgeldhypothek das Recht, die Forderung gegen den Unternehmer geltend zu machen, und war in der Ausübung dieses Rechtes um so unabhängiger von der Hauptgläubigerin der Gesellschaft, als ihm die Hypothek förmlich abgetreten war. Die wirtschaftliche Wirkung dieser Forderung aber war, daß der Unternehmer, der sie ohne den Bau nicht erfüllen konnte, mittelbar gezwungen war, den Bau zu errichten und einen wesentlichen Teil seines etwaigen Ertrags an den Fabrikbesitzer M. zu überlassen. Die Gesichtspunkte, die

in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (zu vgl. den oben erwähnten Beschluß 2713) über den Begriff „Bauherr" aufgestellt sind, treffen also auf den Fabrikbesitzer M. zu. Zweifelhaft kann nur sein, ob nicht neben ihm auch die Gesellschaft als Bauherr gelten muß, weil ihr als Hauptgläubigerin immer noch ein wesentliches Interesse an der Sicherung der Restkaufgeldhypothek und nach § 1286 des Bürgerl. Gesetzb. das Recht verblieb, von dem Fabrikbesitzer M. die Einziehung der Forderung wegen Gefährdung ihrer Sicherheit nach den Regeln einer ordentlichen Vermögensverwaltung zu verlangen, so daß sie auf die Ausführung des Baues, von der die Sicherheit der Forderung abhing, nicht ohne Einfluß war. Jedoch ist es nicht nötig, diese Rechtsfrage zu entscheiden. Denn da mehrere Bauherren als Gesamtschuldner haften, wie das Reichsversicherungsamt schon ausgesprochen hat (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. II S. 471 Anm. 4 zu § 29 BUVG.), so konnte die Berufsgenossenschaft den Fabrikbesitzer M. allein in Anspruch nehmen; eine gleichzeitige Inanspruchnahme der Gesellschaft war unnötig, abgesehen davon, daß sie wohl auch zwecklos wäre, da die Gesellschaft auch jetzt noch zahlungsunfähig sein dürfte.

Der Fabrikbesitzer M. ist hiernach mit Recht auf Grund des § 819 RVO. für die Prämie haftbar gemacht, so daß die Beschwerde abgewiesen werden mußte.

Sprechsaal.

Zur Frage des Wegfalls der Beitragspflicht aus § 379 Abs. 1 RVO. beim Wegfall des Interesses an der Abmeldung.

Aus einer Anfrage der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Halle a. S. entnehmen wir folgende Ausführungen: „Zwei Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes über die Fortzahlung von Beiträgen im Falle verspäteter Abmeldung (§ 397 RVO.) stehen scheinbar im Gegensatz zueinander und geben zu Zweifeln Anlaß. In der Entsch. 2098 Amtl. Nachr. 1915 S. 684, Arb. Vers. 1916 S. 58) vom 14. August 1915 (2 K. 467/15), hat das Reichsversicherungsamt dahin erkannt, daß die Verpflichtung zur Fortzahlung der Beiträge nach § 397 a. a. O. entfällt, wenn kein öffentliches Interesse mehr besteht. In dem der Streitsache zugrunde liegendem Falle war der beteiligten Krankenkasse der Austritt der Versicherten schon früher amtlich zur Kenntnis gekommen, ohne daß sie aber eine vorschriftsmäßige Abmeldung von dem Arbeitgeber erhalten hatte. Das Reichsversicherungsamt hat hier das Vorliegen eines öffentlichen Interesses zur Fortzahlung der Beiträge verneint, da die Kasse in der Lage gewesen sei, ihre Hebe- und Mitglieder-Register zu berichtigen. Die andere Entsch. (Nr. 2054 Amtl. Nachr. 1915 S. 590, Arb.Vers 1915 S. 711) verurteilt einen Arbeitgeber, der mehrere Personen verspätet abgemeldet hat, von denen aber einige bereits vor Eingang der Abmeldung durch andere Arbeitgeber wieder zur Kasse angemeldet wurden, ausdrücklich deshalb zur Fortzahlung der Beiträge, weil aus der rechtlichen Natur des § 52 Abs. 1 Satz 4 KVG. (jetzt § 397 Abs. 1 RVO.) als einer Ordnungsvorschrift hervorgehe, daß die Beiträge für Arbeitgeber bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung auch dann fortzuzahlen seien, wenn der ausgeschiedene Arbeitnehmer inzwischen in ein anderes versicherungspflichtiges Verhältnis eingetreten sei und der neue Arbeitgeber gleichfalls Beiträge für ihn an dieselbe oder eine andere Krankenkasse entrichte. Hier war also die Kasse ebenfalls amtlich von dem Ausscheiden der Versicherten unterrichtet, ehe sie die vorgeschriebene Abmeldung des ersten Arbeitgebers empfing, und trotzdem hielt das Reichsversicherungsamt die Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge für gegeben.

Das hiesige Versicherungsamt hat sich in einzelnen Streitsachen grundsätzlich auf den Standpunkt der ersten Entscheidung gestellt und in allen Fällen, in denen von uns die vorherige Kenntnis von dem Ausscheiden des Versicherten zugegeben wurde, unsere Ansprüche auf Fortzahlung der Beiträge abgewiesen.

Wir halten eine solche rein mechanische Anwendung der erwähnten Entscheidung für verfehlt und nur dann für berechtigt, wenn wegen Erstattung der Meldung zwischen Kasse und Arbeitgeber Streit geherrscht oder der Arbeitgeber gar erst auf Veranlassung der Kasse von Einreichung der Abmeldung Abstand genommen hat.

Bei einer großen Anzahl von Kassen, die gebundene Mitglieder-Verzeichnisse führen, würde es auch gar nicht möglich sein, durch eingehende Neuanmeldungen der Versicherten sogleich Kenntnis von dem Ausscheiden bei anderen Arbeitgebern zu erhalten. Dies wird — wie in unserem Falle — nur da vorkommen, wo die Kasse anstelle des Mitgliederverzeichnisses Mitgliederkarten (Kartotheken) führt, die Ein- und Austritt bei den verschiedenen Arbeitgebern sowie die versäumte Abmeldung eines solchen leichter erkennen lassen. Es wäre für die beteiligten Kassen eine unbillige und durch das Gesetz in keiner Weise begründete Zumutung, wenn die Kassen verpflichtet werden sollten, der Säumigkeit und Nachlässigkeit der Arbeitgeber beständig nachzuspüren und dieserhalb eine zeitraubende Kontrolle und ein Mahnverfahren wegen nicht eingehender Abmeldungen einzuführen. Die Absicht des Gesetzgebers, die durch die Bestimmung des § 397 unzweideutigen Ausdruck gefunden hat, und die dahin geht, den Arbeitgeber unter allen Umständen zu rechtzeitiger Abmeldung zu zwingen, würde bei Anwendung der genannten Entscheidung vereitelt und ein nachlässiger Arbeitgeber sogar dazu verleitet, die Einreichung der Abmeldung deshalb zu unterlassen, weil ihn die Wirkung des § 397 nicht mehr treffen kann. Weiter aber würden solchen Kassen, die gebundene Mitglieder-Verzeichnisse führen, der Strafbeitrag regelmäßig zugesprochen und anderen, die Mitglieder-Kartotheken verwenden, der Beitragsanspruch versagt werden müssen.

Man würde einwenden können, daß § 530 RVO. genügend Handhaben dazu biete, die fahrlässige oder absichtliche Verletzung der Meldepflicht
Sprechsaal · 2212 2
des Arbeitgebers zu ahnden. Demgegenüber wäre aber darauf hinzuweisen, daß eine Kasse kein Interesse daran haben kann, fortwährend Strafanträge wegen solcher Verstöße bei dem Versicherungsamte zu stellen, wenn sie nicht das notwendig gute gegenseitige Einvernehmen und Zusammenarbeiten mit den Arbeitgebern zerstören und sich selbst damit in eine unbequeme Lage bringen will.

Also auch von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet würde die Anwendung obiger Entscheidung für die Kassen schädigend und undurchführbar sein."

Wir halten diese Ausführungen für zutreffend und finden keinen Widerspruch zwischen den beiden Entscheidungen des Reichsversicherungsamts. Nur wenn das öffentliche Interesse, das Ordnungsinteresse, dem die Meldepflicht und auch der § 379 Abs. 1 RVO. dienen soll, befriedigt ist, erledigt sich auch die Pflicht des Arbeitgebers zur Fortzahlung der Beiträge. Diese Voraussetzung ist in Fällen der in der Entsch. 2054 bezeichneten Art nicht gegeben. Daß eine Person von einem Arbeitgeber bei der Kasse angemeldet wird, ist kein hinreichender Anlaß für die Kasse, nachzuforschen, ob der Angemeldete etwa bereits Pflichtmitglied ist und nur den Arbeitgeber gewechselt hat; und sogar wenn Grund zur Annahme vorläge, daß es sich um einen der Kasse bereits angehörigen Versicherten handelt, beweist, die Neuanmeldung nicht ohne weiteres die Beendigung des früheren Beschäftigungsverhältnisses und den Zeitpunkt der Beendigung, da doch das alte Beschäftigungsverhältnis möglicherweise neben dem neuen fortbestehen könnte. Es ist nicht Sache der Kasse diesen Verhältnissen nachzuspüren, sondern Sache des Arbeitgebers, sie in der Form einer Abmeldung zu bezeugen und zur Kenntnis der Kasse zu bringen. Das Ordnungsinteresse an solcher Abmeldung wird also durch die bloße Anmeldung von anderer Seite nicht hinfällig. Deshalb bleibt die Pflicht des früheren Arbeitgebers, die Beiträge nach § 379 Abs. 1 fortzuzahlen, bestehen, wie in dem ähnlichen Falle, wenn der bisher Versicherungspflichtige weiterhin als freiwilliges Mitglied der Kasse Beiträge entrichtet. Zu vgl. Arb.Vers. 1916 S. 47 Ziff. 2.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Bevölkerungspolitik und Krankenkassen.

Hierüber hat Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. Weymann bei der diesjährigen Tagung des Verbandes zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen (vgl. Arb.Vers. 1916 Heft 22 S. 524) einen weit ausholenden und weit ausschauenden Vortrag gehalten, der nunmehr in Nr. 15 der „Betriebskrankenkasse" abgedruckt ist. Wir können unsere Leser hier nur nachdrücklich auf die gehaltreichen, tief eindringenden Ausführungen hinweisen. Sie begegnen sich übrigens in einem Grundgedanken mit dem Aufsatze von Reuscher in Arb.Vers. 1916 Heft 9 S. 193, der betont, daß dem Geburtenrückgange nur „von innen heraus" beizukommen sein werde, wenn es nämlich gelänge, „gesünderen Auffassungen in unserem Volke die Oberhand zu verschaffen". Darauf kommt es auch hinaus, wenn Weymann ausführt, daß ein wirklicher Erfolg nur von der Beeinflussung der „in der seelischen Verfassung der Volksgenossen wurzelnden Ursachen" des Geburtenrückgangs zu erwarten sei. Wie das zu geschehen habe und wie dabei die Krankenkassen mitwirken können, wird eingehend erörtert. Im übrigen wollen wir nur noch kurz ihr praktisches Ergebnis mitteilen, wie es der Verfasser selbst am Schlusse zusammengefaßt hat:

„Hebung der Volksgesundheit und Hebung der Volkserneuerung hängen innig miteinander zusammen und bilden eine einheitliche Aufgabe.

Bei deren Lösung sind die leibliche, die wirtschaftliche und die geistig-sittliche Lebensführung, Entwicklung und Disziplinierung des Volksganzen planmäßig ins Auge zu fassen. Sie greifen unausgesetzt ineinander über.

Deshalb kann Bevölkerungspolitik nicht nur von oben her durch Behörden und Wohlfahrtsvereine getrieben werden. Die Volksgemeinschaft muß Subjekt und Träger, nicht nur Objekt der Bevölkerungspolitik sein.

Für diese Aufgaben müssen Einsicht, Vertrauen, Willen und Gewissen der Bevölkerung gewonnen werden.

Innerhalb der Arbeiterschaft sind zur Lösung dieser Aufgaben die Krankenkassen in erster Linie berufen, weil sie vermöge ihrer geschichtlichen Herkunft und ihrer Eigenschaft als demokratische korporative Organisation der Arbeiterschaft deren Vertrauen besitzen.

Im Rahmen des § 363 RVO. (allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung) ist die Aufgabe durch umfassende, planmäßige, fortlaufende literarische Beeinflussung größten Stils in Angriff zu nehmen. Ergänzend hat das gesprochene Wort einzutreten.

Auf praktischem Gebiet ist von den gesetzlichen Möglichkeiten zur Erweiterung der Krankenfürsorge umfassender Gebrauch zu machen, namentlich durch Familien-, Schwangeren-, Wochen- und Säuglingspflege. Die Bekämpfung der großen Volksschädlinge, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose und Alkoholismus ist nach Kräften zu unterstützen.

Die Kosten können und müssen teils, soweit möglich, durch Ersparnisse, teils durch Erhöhung der Beiträge aufgebracht werden. Die Förderung des Volkswohls ist wichtiger als die Niederhaltung der Beiträge. Gesetzlich ist die Möglichkeit der verschiedenen Bemessung von Krankengeld und Beiträgen für Verheiratete und Unverheiratete zu eröffnen."

Preisausschreiben für Ersatzbeine.

Die Gesellschaft für Chirurgie-Mechanik, die zu ihren Mitgliedern die bedeutendsten und meisten

Angehörigen des technisch-orthopädischen Berufs zählt, hat über den von ihr veranstalteten Wettbewerb mit Preisen über 10 000 M. nunmehr ein Preisausschreiben herausgegeben, in dem alle näheren Bedingungen aufgeführt sind. Diese Drucksache ist zu erhalten bei der Geschäftsstelle der Gesellschaft für Chirurgie-Mechanik in Berlin NW., Karlstraße 9.

Die Angestelltenversicherung im Jahre 1915.

Dem Bericht der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über das Geschäftsjahr 1915 seien noch folgende bemerkenswerte Angaben entnommen. Es gehörten der Anstalt am Ende des Berichtsjahres neben dem Direktorium 80 höhere Beamte an. Außerdem werden noch 2282 mittlere und Unterbeamte beschäftigt, unter diesen befindet sich eine große Anzahl weibliche Personen. Zum Kriegsdienst sind 591 Beamte einberufen. Mit Rücksicht auf die Zeitverhältnisse wurde von Neugründung von Ortsausschüssen abgesehen. Bis jetzt sind im ganzen 937 Ortsausschüsse gegründet worden. Trotz des Krieges ist die Tätigkeit der Geschäftsstellen dieser Ausschüsse eine sehr rege gewesen.

Auf dem Gebiete der Kriegswohlfahrtspflege traten an die Versicherungsanstalt eine Reihe bedeutender Aufgaben heran. Einige Bundesratsverordnungen regeln die Beitragsleistungen und Anwartschaften der Kriegsteilnehmer. Es wurde auch beschlossen, bei versicherten Kriegsbeschädigten die Berufsberatung und Berufsumlernung als Heilverfahren im Sinne des § 36 des Vers.Ges. f. Angest. anzusehen und die Kosten hierfür zu übernehmen, soweit sie nicht von dritter Seite getragen werden. Auch die Kosten der Hin- und Rückreise nach dem Ausbildungsort und der Familienversorgung werden übernommen. Auf dem Gebiete der Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten steht die Reichsversicherungsanstalt in enger Zusammenarbeit mit der Heeresverwaltung und den Invalidenversicherungsanstalten.

Der Dienstbetrieb ist in ständigem Zunehmen. Die Zahl der im Berichtsjahr eingegangenen Schriftstücke betrug 2 020 693 gegen 1 675 634 im Vorjahr. Abgegangen sind 1 514 113 Sendungen. Hinsichtlich der Fragen der Versicherungspflicht war festzustellen, daß die Kenntnis des Gesetzes in den beteiligten Kreisen immer noch nicht genügend verbreitet ist. Der größte Teil der Streitfragen über die Versicherungspflicht betraf die Berufsgruppe der Bureauangestellten. Von der freiwilligen Versicherung wird nur wenig Gebrauch gemacht. Im Jahre 1915 gingen 2685 neue Anträge auf Abkürzung der Wartezeit ein. In Verfolg dieser Anträge gingen 539 669 ℳ Prämienreserven ein. Anträge auf Befreiung von der Versicherungspflicht und von der eigenen Beitragsleistung gingen zahlreich ein. Letztere betrugen allein 1768.

Die Ausgabe und Erneuerung von Versicherungskarten erfolgt durch die von der obersten Landesverwaltungsbehörden bestimmten Ausgabestellen. Es gibt deren 35 853. Es wurden durch die Vordruckversendestelle 408 600 Aufnahmekarten, 330 800 Versicherungskarten, 1 487 100 Uebersichten nach § 181 des Versicherungsgesetzes für Angestellte und noch viel anderes Aufklärungsmaterial versandt. In sehr vielen Fällen kam es vor, daß die Arbeitgeber nach Lösung des Dienstverhältnisses den Angestellten die Versicherungskarten nicht aushändigten. Die Versicherten wendeten sich häufig an die Reichsversicherungsanstalt in Berlin anstatt an die zuständigen Polizeibehörden. Hierdurch wurde viel unnötige Schreiberei verursacht.

An 346 Arbeitgeber wurden 30 558 ℳ Beiträge zurückgezahlt, die für Kriegsteilnehmer zu Unrecht nach der Bundesratsverordnung vom 26. August 1915 entrichtet waren. Im Berichtsjahre wurden für 218 274 neue Versicherte Konten angefertigt. Bedeutungsvoll ist der steigende Zugang von weiblichen Versicherten. Ihr Anteil am Neuzugang stieg von 40,7 vom Hundert im 1. Vierteljahr 1915 auf 52,3 im letzten. Eine erhebliche Abnahme zeigt die Verwendung der recht überflüssigen Beitragsmarken. Sie betrug nur 14 126 (im Vorjahr 22 589).

An Uebersichten und Veränderungsanzeigen sind im Jahre 1915 im ganzen 685 466 eingegangen. An Beiträgen wurden eingesandt von 1 917 864 Arbeitgebern 109 115 538 ℳ. Der durchschnittliche Betrag einer Sendung war 56,89 ℳ. Der durchschnittliche Monatsbeitrag eines Versicherten ist von 9,53 im Jahre 1914 auf 9,27 ℳ im Jahre 1915 gesunken. Für die Erkennung und Verfolgung von Beitragsrückständen sind ausführliche Vorschriften erlassen worden. In 1590 Fällen waren Beitragsrückstände im Konkursverfahren anzumelden. Irrtümlich geleistete Beiträge wurden in 9088 Fällen mit 821 857 ℳ zurückgezahlt.

Die Zahl der zugelassenen Ersatzkassen ist auf 35 angewachsen, von denen 27 knappschaftliche und 8 private Einrichtungen sind. Die Anträge einer Anzahl kleinerer Kassen auf Zulassung konnte noch nicht erledigt werden. Im ganzen sind bei den Ersatzkassen rund 50 000 Angestellte versichert.

Die Gewährung von Leistungen hat bereits ihren Anfang genommen. Im Jahre 1915 wurde erstmalig Ruhegeld festgesetzt und zwar in 4 Fällen. Die höchste Rente betrug 68,20 ℳ monatlich, die niedrigste 12,00 ℳ. Kranken-Ruhegeld (§ 25 des Gesetzes) wurde in einem Falle festgesetzt. Hinterbliebenenrenten wurden in 10 Fällen bewilligt. Bei allen diesen Bewilligungen handelt es sich um Fälle, in denen die Wartezeit abgekürzt worden ist. Leibrenten nach § 63 wurden im Berichtsjahr in 85 Fällen bewilligt; der Durchschnittsbetrag einer solchen war jährlich 5,77 ℳ. Eine große Zunahme erfuhr die Zurückzahlung der Beiträge nach § 398 des Gesetzes. Sie geschah in 6688 Fällen. Ausgezahlt wurden 911 288 ℳ.

Anträge auf Heilverfahren gingen 15 079 (gegen 20 187 im Vorjahr) ein. Bei 2883 der Anträge handelt es sich um Zahnheilverfahren. Den gesamten Anträgen wurde in rund 60 von Hundert stattgegeben. Ständige Heilverfahren wurden in 6533 Fällen durchgeführt, davon 2175 in Lungenheilstätten. Insgesamt wurden im Jahre 1915 für Zwecke des Heilverfahrens 6 001 518 ℳ ausgegeben. Im Durchschnitt kommen auf einen Fall durchschnittlich 475 ℳ.

Viel Mühe verwendet die Versicherungsanstalt auf statistische Arbeiten. Das ist erfreulich; die Ergebnisse der Untersuchungen geben manchen wichtigen Aufschluß. Bis jetzt sind 1 737 858 Aufnahmekarten statistisch bearbeitet worden. Davon entfallen auf das männliche Geschlecht 1 205 945 oder 69,4 v. H., auf das weibliche 531 913 oder 30,6 v. H. Das Durchschnitts-

alter eines Angestellten betrug nach den letzten Feststellungen 28,51 Jahre. Von den männlichen Angestellten waren 38,49 v. H. verheiratet, von den weiblichen nur 3,40. Auf 100 Versicherte kommen solche mit Kindern bei dem männlichen Geschlecht 31,47, bei dem weiblichen 3,56. Als durchschnittlicher Jahresarbeitsverdienst auf den einzelnen Versicherten ergeben sich beim männlichen Geschlecht 1870,75 ℳ, beim weiblichen 955,45 ℳ. Gegenüber der ersten Zählung im Jahre 1914 ist dieser Durchschnittsbetrag beim männlichen Geschlecht um rund 70 ℳ, beim weiblichen um rund 41 ℳ zurückgegangen. Bei den männlichen Versicherten haben einen Jahresarbeitsverdienst bis zu 2000 ℳ 757 389 oder 62,80 v. H., über 2000 bis zu 5000 ℳ 445 477 oder 36,94 v. H. Von den weiblichen Versicherten haben einen Jahresarbeitsverdienst bis zu 2000 ℳ 514 612 oder 96,75 v. H., über 2000 bis zu 5000 ℳ 16 129 oder 3,03 v. H. Die geringen Reste bestehen in beiden Gruppen aus den freiwilligen Versicherten. Im großen und ganzen bestätigen die Feststellungen die Richtigkeit der bei der Beratung des Gesetzes benutzten Rechnungsgrundlagen über die Alters-Gehalts- und Familienverhältnisse der Angestellten.

Was die Spruchbehörden anbetrifft, so waren im Rentenausschuß 140 Beamte tätig. Der Rentenausschuß ist hauptsächlich zuständig für Streitsachen über Beitragsleistungen, Erstattung von Beiträgen, Anträge auf Heilverfahren und Renten, Auskunftserteilung usw. Die Statistik weist 102 976 Eingänge und 100 064 Ausgänge auf. Die Zahl der zu bearbeitenden Streitsachen betrug insgesamt 11 278. Davon wurden 6151 als unerledigt ins Jahr 1916 übernommen. In der Auskunftsstelle wurden im Laufe des Berichtsjahres 13 976 Personen mündlich beschieden und 792 Protokolle aufgenommen. Sitzungen mit Beisitzern fanden zwei statt. — Das Schiedsgericht fand eine derart vermehrte Inanspruchnahme, daß mehrfache organisatorische Veränderungen notwendig waren. Es hielt im Jahre 1915 zusammen 15 Sitzungen ab, in jeder derselben wurden durchschnittlich 50 Sachen erledigt. Die Zahl der überhaupt zu erledigenden Sachen stieg von 385 im Jahre 1914 auf 956 im Jahre 1915. Die Kosten des Schiedsgerichts betrugen 10 661 ℳ. — Auch bei dem Oberschiedsgericht ist die Arbeit erheblich gewachsen. Während man anfänglich mit 1 Sitzung im Monat auskam, mußte die Zahl dieser Sitzungen bald auf 2 und schließlich auf 3 erhöht werden. Im Jahre 1915 gingen 199 neue Streitsachen und 1318 Schriftstücke ein. Insgesamt wurden im Berichtsjahr 218 Sachen erledigt, wobei 72 grundsätzliche Entscheidungen gefällt wurden. In 39 Fällen wurde die Entscheidung des Rentenausschusses aufgehoben. Die Kosten des Oberschiedsgerichts beliefen sich auf 13 748 ℳ.

Im Kassenwesen zeigt die Hauptkasse einen „Umsatz" von ℳ 261 438 963. Die Gelder sind in verschiedener Weise angelegt. Auf die Kriegsanleihen wurden im Berichtsjahr 90 Mill. Mark eingezahlt. Bis Ende 1915 wurden in 639 hypothekarischen Darlehen 74 714 050 ℳ hergegeben. — Im allgemeinen zeigt der Bericht, daß die Angestelltenversicherung derjenige Zweig der sozialen Versicherung ist, der verhältnismäßig am wenigsten unter dem Kriegszustand leidet.

Literarisches.

Seelmanns Sammlung von Einzeldarstellungen des Reichsversicherungsrechts. Verlag von Stephan Geibel, Altenburg, S.-A. 1916.

Die beiden ersten Hefte dieser Sammlung — „Ersatzansprüche der Armenverbände nach der RVO. und dem AVG." und „Das Verhältnis der Krankenversicherung zur Unfallversicherung in der RVO." — sind hier 1913 S. 285 und 1914 S. 102 besprochen worden. Jetzt liegen weitere Arbeiten von Landesrat Seelmann vor. Heft 3: „Die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 22. Dezember 1915 über Anrechnung von Militärdienstzeiten und Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" (Preis 0,60 ℳ); Heft 4: „Wer hat Anspruch auf Altersrente?" (Preis 0,60 ℳ); Heft 5: „Die Kriegsgesetze und Kriegsverordnungen im Bereiche des Reichsversicherungsrechts" (Preis 1 ℳ). — Die Hefte 3 und 4 enthalten Erläuterungen der in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen, und zwar Heft 4 schon auf Grund des neuen Gesetzes vom 12. Juni 1916 mit Tabellen zum Ablesen der zur Erfüllung der Wartezeit erforderlichen Markenzahl, während Heft 5 nur eine Sammlung der zahlreichen aus Anlaß des Krieges im Bereiche der RVO. und des AVG. ergangenen Gesetze und Verordnungen (bis zum 14. 6. 16) enthält und dadurch einem zweifellos bestehenden Bedürfnis entgegenkommt. Diese Sammlung sowohl wie jene Erläuterungen lassen wieder den oft bewährten klaren Sinn des Verfassers für die Bedürfnisse der Praxis erkennen.

Die Kriegsversorgung durch Renten und Kapitalabfindung. Von Landesrat Dr. Paul Brunn. Berlin 1916, Vossische Buchhandlung. Preis 0,50 ℳ.

„Ein gemeinverständlicher Wegweiser für die Kriegsbeschädigten und Hinterbliebenen, unter Berücksichtigung der Ansprüche aus der Arbeiter- und Angestelltenversicherung". Auf engem Raum (16 Seiten) und doch in klarer Form wird alles Wesentliche über die Voraussetzungen, die Art und den Umfang, gewisse Besonderheiten und über die Geltendmachung der Versorgungsansprüche zusammengefaßt und durch Beispiele und Tabellen erläutert. Besonders wertvoll ist, daß auch das Kapitalabfindungsgesetz bereits berücksichtigt ist. Ein Anhang gibt Aufschluß über die Organisation der Kriegsbeschädigtenfürsorge im Reich und den einzelnen Bundesstaaten. Das kleine Heft ist im besten Sinne ein „gemeinverständlicher Wegweiser".

Kriegsbeschädigten-Fürsorge und Versorgung der Hinterbliebenen von Kriegsteilnehmern. Auf Grund der Militärversorgungsgesetze und der sozialpolitischen Versicherungsgesetze gemeinverständlich dargestellt von G. Sackel, Landkrankenkassen-

rendant in Stallupönen. Verlag von Stephan Geibel, Altenburg, S.-A. 1916. Preis 0,60 ℳ.

Der Verfasser hat sich eine „kurze, aber möglichst vollständige Darstellung" seines Gegenstandes zum Ziel gesetzt, um nicht nur den Kriegsbeschädigten und ihren Hinterbliebenen die notwendige Aufklärung über die für ihre Ansprüche maßgebenden, nicht immer leicht verständlichen Vorschriften zu bieten, sondern auch den Behörden, Krankenkassen und sonstigen Interessenten eine Anleitung an die Hand zu geben. Das Heftchen kann, in seiner zweckmäßigen Anlage und der flüssigen, klaren Sprache, seine Aufgabe sehr wohl erfüllen.

Merkbuch über Ansprüche der Kriegsteilnehmer und deren Hinterbliebenen. Zusammengestellt von Rendant H. Jentsch in Bunzlau. Verlag der Bunzlauer Tageblatt-Druckerei. 1916. Preis 0,40 ℳ.

Das Heft verfolgt einen ähnlichen Zweck, indem es nicht nur die Ansprüche an die Militärbehörde, sondern auch die Kranken-, Invaliden- und Angestellten-Versicherung sowie Kriegswochenhilfe und Kriegskinderspende behandelt und durch sachgemäße Beispiele erläutert. Namentlich wird manchem durch die Muster von Anträgen gedient sein.

Kriegersorgen. Zeitgemäße Fragen aus dem Gebiete des Bürgerlichen Rechts und der Zwangsvollstreckung. Bearbeitet von Mitgliedern und Freunden des deutschen Richterbundes. Herausgegeben von Gerichtsvollzieher a. D. Finhold in Köln. Berlin 1916 bei Alfred Metzner. Preis 0,80 ℳ.

Ein glücklicher Gedanke des Herausgebers ist hier durch sachkundige Helfer in eine schöne Tat umgesetzt. Ueberaus zahlreich sind die Schriften und Schriftchen, die sich bemühen, die Krieger und ihre Angehörigen über ihre Versorgungsansprüche zu belehren, sie darüber aufzuklären, was sie erlangen können. Aber nicht minder wichtig für sie ist es doch, zu wissen, wie sie sich erhalten können, was sie haben, wie sie sich verhalten müssen, um sich im Besitz und in Rechten aller Art zu schützen und sich vor Schädigungen in dieser dornenvollen Zeit zu bewahren. „Der Einfluß des Krieges auf Verträge — Schutz der Schuldner nach den Kriegsgesetzen — Geschäftsaufsicht zur Abwendung des Konkursverfahrens — Winke für die Gläubiger — Mahnverfahren — Wechselverkehr ohne Protest oder mit Postprotest — Der Ehemann im Felde — Ratschläge in Vormundschafts und Nachlaßsachen — Verhalten bei Ueberschuldung des Nachlasses und Verfolgung von Ansprüchen gegen Erben — Gesetzliche Erbfolge, Pflichtteil, Errichtung von Testamenten — Allerlei Wissenswertes aus den Kriegsgesetzen" — das sind die Gegenstände, die hier sachverständig in gemeinverständlicher Sprache und in einer immer unmittelbar auf das praktische Ziel gerichteten Form der Darstellung behandelt sind. Dem Büchlein ist weiteste Verbreitung zu wünschen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Wiederaufleben einer erloschenen Anwartschaft in der Invalidenversicherung während des Kriegsdienstes.

1. **Nach Karlsruhe.** Antwort: Die Anrechnung der Kriegsdienste als Zeiten freiwilliger Versicherung gemäß § 1 Bekanntm. vom 23. Dez. 1915 Arb.Verf. 1916 (S. 39) findet nur statt, wenn die Anwartschaft aufrechterhalten ist. Ist sie erloschen und ist auch die Frist für nachträgliche Entrichtung von Beiträgen abgelaufen (§§ 1442 ff. RVO.), so muß sie erst wieder aufleben, und dies kann nach §§ 1283, 1244 RVO. dadurch bewirkt werden, daß freiwillig Beiträge geleistet werden und danach eine Wartezeit von 200 Beitragswochen zurückgelegt wird. In diese 200 Beitragswochen werden aber die Kriegsdienstzeiten ohne Beiträge nicht eingerechnet; denn eine solche Einrechnung ohne Beiträge setzt ja voraus, daß die Anwartschaft aufrechterhalten ist. Demnach müssen auch während des Kriegsdienstes bei erloschener Anwartschaft erst wieder für 200 Wochen Invalidenmarken geklebt werden. Auch nach § 1281 Ziff. 1 RVO. werden Militärdienstzeiten nur angerechnet, sofern die Anwartschaft noch nicht erloschen ist. Denn die Anrechnung nach § 1281 RVO. findet ja gerade statt, um das Erlöschen zu verhindern, nicht aber, um die erloschene Anwartschaft wieder aufleben zu lassen.

Wirkung einer Lohnänderung auf Beiträge und Ansprüche (§ 318 Abs. 3 RVO.); Verletzung der Anmeldepflicht.

2. **Nach Liegnitz.** Antwort: Die Bestimmung der Satzung: „Aendert sich der Lohn, so ändert sich die Lohnstufe von dem auf die Anzeige folgenden Montag" halten wir in dieser Fassung für ungesetzlich. An sich müßte eine Lohnänderung ihre Wirkung auf die Lohnstufe sofort äußern. Hiervon macht das Gesetz im § 318 Abs. 3 RVO. eine Ausnahme, indem es bestimmt: „Aendert sich der Lohn, so ändert sich die Lohnstufe, wenn nicht die Satzung anders bestimmt, erst mit der

nächsten Beitragszahlung." Das bedeutet: Die Lohnstufe ändert sich „erst", also nicht vor der nächsten Beitragszahlung, wenn nicht die Satzung bestimmt, daß sie sich schon vorher ändert. Die Wirkung der Lohnänderung noch über den nächsten Zahltag hinausschieben darf die Satzung nicht (Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 2 zu § 318). Hiergegen verstößt jene Satzungsbestimmung, weil danach die Wirkung der Lohnänderung ganz von dem Verhalten des Arbeitgebers abhängt. Er könnte die Wirkung beliebig hinausschieben oder ganz vereiteln, indem er die Anzeige der Lohnänderung verzögert oder ganz unterläßt. Das ist gegen den Sinn des Gesetzes. Will man die Satzungsbestimmung gleichwohl gelten lassen, so könnte das nur mit der Einschränkung geschehen „. . . spätestens aber mit der nächsten Beitragszahlung." Für die Zeit von dem hiernach sich bestimmenden Tage ab hat der Arbeitgeber die höheren Beiträge zu entrichten, also den Unterschied nachzuzahlen. Auf den Krankengeldanspruch des schon vorher erkrankten Versicherten ist die Aenderung der Lohnstufe ohne Einfluß (§ 211 RVO.). Der Arbeitgeber ist wegen Verletzung der Meldepflicht nach § 530 Absatz 2 in Verbindung mit § 318 Abs. 2 strafbar. Außerdem ist § 531 anwendbar.

Beitrittsrecht der nach § 169 RVO. versicherungsfrei Gewordenen.

3. Nach Meseritz. Antwort: Das Reichsversicherungsamt hat den nach § 169 RVO. „versicherungsfrei Gewordenen" das Recht zur Weiterversicherung nach § 313 RVO. zuerkannt (Arb.-Vers. 1915 S. 824). Umsoweniger kann es hiernach zweifelhaft sein, daß man diesen Personen, wenn sie die Frist zur Geltendmachung dieses Rechts versäumt haben, die Versicherungsberechtigung aus § 176 Ziff. 1 zugestehen muß, da diese allen „versicherungsfreien" Beschäftigten der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art, deren Einkommen 2500 M. nicht übersteigt, zusteht; nur gelten selbstverständlich auch für die nach § 169 Befreiten die Vorschriften des § 310 über den Beitritt.

Kriegswochenhilfe für versicherte Wöchnerinnen.

4. Nach Kevelaer. Antwort: Für versicherte Wöchnerinnen, die gegen die Kasse Anspruch nach § 195 RVO. haben, gilt § 5 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, wenn ihre Ehemänner Kriegsteilnehmer sind; sind sie es nicht, so gilt für die versicherten Wöchnerinnen der § 8 dieser Bekanntmachung. Die Leistungen aus § 8 sind aber als „Maßregel der Krankenversicherung selbst" gedacht (vgl. Bescheid des preuß. Handelsministers in Arb.Vers. 1915 S. 178) und fallen daher der Krankenkasse ohne Anspruch auf Erstattung zur Last, auch soweit sie über die satzungsmäßigen Mehrleistungen hinausgehen. Daran hat auch die Bekanntmachung vom 23. April 1915 nichts geändert. Sie bezieht sich nur auf Wöchnerinnen, die nicht ohnehin Anspruch auf Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs haben (§ 1), will also nur die Reichswochenhilfe ergänzen, nicht aber den Kassen einen Ersatzanspruch wegen solcher Leistungen einräumen, die sie als eigentliche Leistungen der Krankenversicherung zu gewähren haben. Zu vgl. Krause, Kommentar zu den Bekanntmachungen über die Kriegswochenhilfe, Bd. II, S. 29 Anm. 3 zu § 1 (Verlag von J. Heß in Stuttgart; 2. Bändchen, Preis 4 M.). Vielfache Erläuterungen zu den Bekanntmachungen finden Sie in unserer Zeitschrift; zu vgl. insbesondere Jahrg. 1915, Inhaltsverzeichnis S. XI und XII.

Dienstboten als Mitglieder einer Innungskrankenkasse. — Betriebsunfall bei unbefugter Fahrt auf einem Güterzug?

5. Nach Diedenhofen. Antwort: a) Mitglieder einer Innungskrankenkasse sind diejenigen Personen, die in dem Betriebe beschäftigt sind, mit dem der Arbeitgeber zur Innung gehört (§ 250 Absatz 1 und 2 RVO.). Zur Krankenkasse der Schlächter-Innung gehören also nur die im Schlächtereibetriebe Beschäftigten, dagegen nicht Dienstmädchen, die ausschließlich im Haushalt tätig sind. Sind sie zugleich auch in dem Schlächtereibetriebe tätig, so ist diese gewerbliche Beschäftigung für die Zuständigkeit der Kasse maßgebend, sofern sie nicht für sich allein als vorübergehende Dienstleistung nach der Bekanntmachung vom 13. November 1913 (Arb.Vers. 1913 S. 848) versicherungsfrei ist (§ 439 RVO.). Die Innungs-Krankenkasse braucht der Allgemeinen Ortskrankenkasse von den bei ihr erfolgten Anmeldungen keine Mitteilung zu machen.

b) Die Berufsgenossenschaft lehnt zu Recht die Zahlung des Sterbegeldes ab. An sich kann auch ein Unfall, den ein Arbeiter auf dem Wege von seiner auswärtigen Arbeitsstelle zum Betriebe erleidet, ein Betriebsunfall sein. Aber es muß doch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Betriebe und dem Unfall bestehen. Der Verletzte muß infolge seiner Beschäftigung im Betriebe der Gefahr ausgesetzt gewesen sein, die zu dem Unfall geführt hat. (Vgl. Entsch. des RVA. in der Arb.Vers. 1914 S. 337). Dieser Zusammenhang ist aber gelöst, wenn der Versicherte durch sein besonderes Verhalten sich einer Gefahr aussetzt, die mit dem Betriebe nicht zusammenhängt. Das hat der Verunglückte im geschilderten Falle getan. Er benutzte zu dem Wege einen Güterzug, mit dem er unbefugterweise als blinder Passagier fuhr. Hierdurch hat er seine Beziehungen zum Betriebe gelöst; denn dieser bot keinen Grund eine so ungewöhnliche Fahrgelegenheit zu benutzen. Daß der Verunglückte den Zusammenstoß der beiden Eisenbahnzüge nicht verschuldet hat, ist für die Frage der Unfallentschädigung ohne Bedeutung.

Wiederholung des Antrags auf Ruhen der Rechte und Pflichten eines Ersatzkassenmitgliedes bei Kassenwechsel.

6. Nach R. Antwort: Wird ein Mitglied einer Ersatzkasse Mitglied bei einer andern Pflichtkasse, als es bisher gewesen ist, so muß es bei dieser von neuem den Antrag auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten stellen. Denn der Antrag erstreckt sich stets nur auf das Ruhen der Rechte und Pflichten bei derjenigen Kasse, in die der Versicherte gehört. Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 2c zu § 517. Eines neuen Antrags bedarf es nicht, wenn der Uebergang zu der andern Kasse sich infolge einer Veränderung der Kassenorganisation vollzieht, so daß die Mitgliedschaft bei der andern Kasse unmittelbar fortgesetzt wird.

Kriegswochenhilfe für die Ehefrauen der vor Kriegsbeginn eingetretenen Soldaten.

7. Nach H. Antwort: Es ist streitig, ob

auch die Ehefrauen derjenigen Kriegsteilnehmer, die bereits vor Beginn des Krieges in das Heer eingetreten sind, Anspruch auf Kriegswochenhilfe haben. Ein Bescheid des Reichskanzlers vom 9. März 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 326) hat sich dafür ausgesprochen, und ihm sich anschließend hat auch das Reichsversicherungsamt diese Frage bejaht (Arb.Vers. 1916 S. 36).

Ungültiger Vertrag einer Krankenkasse mit einem Dentistenverein.

8. Nach N. Antwort: Nach § 122 RVO. wird die ärztliche Behandlung durch approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte gewährt. Nach näherer Bestimmung des § 123 RVO. kann die Behandlung von Zahnkrankheiten auch durch Zahntechniker gewährt werden, und zwar grundsätzlich nur mit Zustimmung des Versicherten, ohne solche Zustimmung nur, soweit die oberste Verwaltungsbehörde dies bestimmt; sie bestimmt auch, wer als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen ist. Für Preußen sind die hiernach maßgebenden Bestimmungen in dem Ministerialerlaß vom 2. Dezember 1913 (Arb.-Vers. 1914 S. 38) enthalten. — Mit dieser Rechtslage ist der von der Kasse mit dem Dentistenverein geschlossene Vertrag von 1911 nicht verträglich. Denn danach soll die Zahnbehandlung durch zwei Mitglieder des „Dentisten"-Vereins gewährt werden. Ob diese Personen den Voraussetzungen entsprechen, unter denen sie nach dem erwähnten Erlaß als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen wären, ist nicht ersichtlich. Aber auch wenn dies der Fall wäre, dürfte durch sie — da der Fall der Ziff. 2 des Erlasses keinesfalls vorliegt — die zahnärztliche Behandlung nur mit Zustimmung des Versicherten in jedem einzelnen Falle gewährt werden. Der Vertrag aber überträgt ihnen die zahnärztliche Behandlung der Kassenmitglieder allgemein und ohne jede Einschränkung, also namentlich ohne Rücksicht auf die Zustimmung der Versicherten. Das verstößt gegen die angeführten öffentlich-rechtlichen und zwingenden Vorschriften des Gesetzes. Deshalb ist der Vertrag — dessen Gültigkeit nach dem Krankenversicherungsgesetz dahingestellt bleiben kann — jedenfalls mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung hinfällig geworden.

Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. braucht nicht für alle im Betriebe Beschäftigten zu bestehen.

9. Nach C. Antwort: Im Falle des § 169 RVO. besteht Versicherungsfreiheit für alle Angestellten, denen die dort erwähnten Leistungen gewährleistet sind. Es bedarf dazu keines besonderen Antrags. Andererseits ist nicht Erfordernis, daß allen in einem der in § 169 genannten Betriebe Beschäftigten diese Leistungen gewährleistet werden, so daß für sie alle Versicherungsfreiheit bestände. Für den Fall des § 169 ist eine dem § 418 Abs. 2 Ziff. 3 entsprechende Vorschrift nicht erlassen.

Wochen- und Krankengeld bei Totgeburt.

10. Nach Rabenstein. Antwort: Das Kind war ausgetragen und lebensfähig. Es ist erst während des Entbindungsaktes, wenn auch schon im Mutterleib, gestorben. Infolgedessen ist der Anspruch auf Wochenhilfe begründet. Da aber die Entbindung einen anormalen Verlauf nahm, so ist auch Krankenhilfe zu gewähren. Doch werden Wochen- und Krankengeld nicht nebeneinander gezahlt, vielmehr zuerst nur das Wochengeld (§ 195 Abs. 3 RVO.) Erst nach Ablauf der 8 Wochen beginnt der Bezug des Krankengeldes, falls dann noch Arbeitsunfähigkeit besteht. Zunächst hat also die Wöchnerin Wochengeld im Betrage von 7 ℳ wöchentlich, und nicht das Krankengeld in Höhe von 3 ℳ wöchentlich zu beanspruchen. Selbstverständlich darf das Wochengeld nicht deshalb verweigert werden, weil das Standesamt, da es sich um eine Totgeburt handelt, einen Geburtsschein nicht ausstellt.

Ablauf der Leistungsdauer, wenn nur Krankenpflege, nicht auch Krankengeld gewährt ist.

11. Nach Weida. Antwort: Wenn die Kasse auf wöchentliche Verordnung des Arztes die an einem Unterschenkelgeschwür leidende Versicherte fortdauernd seit etwa 3/4 Jahren mit den nötigen Heilmitteln — Binden und Watte — versorgt, so ist die Leistungsdauer von 26 Wochen längst erfüllt und die Leistungspflicht der Kasse beendet. Denn die Fürsorge des Arztes und der Kasse hat sich hiernach selbstverständlich auch auf die Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Verordnungen erstreckt (Hahn Handb. der Kr.Vers. Anm. 2e zu § 183 RVO.). Eine Verlängerung der Leistungsdauer nach § 183 Abs. 1 Satz 2 RVO. kommt nicht in Frage, wenn die 26 Wochen abgelaufen sind, ohne daß Arbeitsunfähigkeit, die einen Krankengeldanspruch begründet hätte, eingetreten war.

Wählbarkeit des Arbeitgebers zu den Kassenorganen trotz Befreiung eines Teiles seiner Beschäftigten von der Versicherungspflicht.

12. Nach Labes. Frage: Die Beschäftigten eines Arbeitgebers sind auf seinen Antrag vom 1. Januar 1915 ab von der Versicherungspflicht bei unserer Kasse befreit, soweit nach dem Gesetz eine Befreiung zulässig ist. Nun beschäftigt derselbe Arbeitgeber aber neben dem ansässigen Personal sog. freie Arbeiter, mit denen ein Vertrag über eine Arbeitsdauer von 2 Wochen nicht abgeschlossen worden ist. Diese Personen sind in der Kasse verblieben, und für sie werden Beiträge geleistet. Der Arbeitgeber ist Vorstandsmitglied der hiesigen Kasse. Es wird um Auskunft gebeten, ob der Genannte vom 1. Januar 1915 ab noch dem Vorstande angehören darf.

Antwort: Der Arbeitgeber kann Vorstandsmitglied bleiben. Die Wählbarkeit besitzt, wer regelmäßig mindestens einen Versicherungspflichtigen beschäftigt (§ 13 Abs. 1 RVO.). Er verliert sie nicht dadurch, daß ein Teil der von ihm Beschäftigten von der Versicherungspflicht befreit ist, sofern er nur daneben noch regelmäßig Personen beschäftigt, die nicht befreit, die also versicherungspflichtig sind.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1147 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. September 1916 | Heft 25

Wochengeld für zwei Wochen vor der Niederkunft, insbesondere bei der Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. 12. 1914.

Von Verwaltungsdirektor Schwerk in Waldenburg (Schlesien).

Nach § 3 Ziffer 2 der Bundesratsverordnung, betr. Wochenhilfe während des Krieges (vom 3. 12. 1914), wird als Wochenhilfe — außer den Entbindungskosten (Ziffer 1) und der Beihilfe für Hebammendienste und ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden (Ziffer 3) — gewährt „ein Wochengeld von 1 M. täglich, einschließlich der Sonn- nnd Feiertage, für 8 Wochen, von denen mindestens 6 Wochen in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen". Die Bestimmung über die Dauer des Wochengeldbezuges ist dem § 195 Abs. 1 RVO. nachgebildet. Man wird aber trotzdem nicht behaupten können, daß der gesetzgeberische Gedanke, der dabei hat zum Ausdruck gebracht werden sollen, eine besonders glückliche Fassung gefunden hat.

Wenn von den 8 Wochen, für die Wochengeld gezahlt werden soll, mindestens 6 in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen, so kann das nichts anders heißen, als daß höchstens 2 in die Zeit vor der Niederkunft fallen dürfen. Was aber heißt: es dürfen höchstens 2 Wochen in die Zeit vor der Niederkunft fallen?

Die Rechtsprechung ist sich darüber einig, daß die Schwangere, gestützt auf diese Bestimmung, nicht etwa einen Vorschuß auf das zu erwartende Wochengeld (bis zur Höhe des zweiwöchigen Betrages) verlangen kann. Denn der Anspruch als solcher entsteht erst mit der Niederkunft, die Niederkunft ist die Voraussetzung, von der die Zahlung des Wochengeldes abhängig ist (vgl. Hahn Handbuch der Krankenversicherung, 8. und 9. Aufl. Anm. 5 zu § 195 RVO.). Darf aber die Wöchnerin, sobald sie entbunden hat, beanspruchen, daß ihr ein zweiwöchiger Abschlag auf das durch die Niederkunft fällig gewordene Wochengeld gezahlt wird? Darf die Kasse die Gewährung eines solchen Abschlages von der Erfüllung gewisser Bedingugen, etwa dem Nachweis eines besonderen Bedürfnisses, abhängig machen? Oder darf die Kasse, ohne daß die Wöchnerin das ausdrücklich beantragt, von sich aus gleich bei der ersten Zahlung das Wochengeld für 2 Wochen zurück zur Zahlung anweisen?

Für die nach § 195 Abs. 1 RVO. zu leistende Wochenhilfe wird man annehmen dürfen, daß die Satzung darüber Bestimmung treffen kann, ob und unter welchen Umständen von der Befugnis, Wochengeld schon für eine gewisse Zeit vor der Niederkunft zu zahlen, Gebrauch gemacht werden soll. Hat die Satzung eine solche Bestimmung nicht getroffen, so wird zwar die Wöchnerin den Antrag stellen dürfen, daß ihr zwei Wochenleistungen schon für die Zeit vor der Niederkunft gewährt werden, der Kassenvorstand aber braucht diesem An-

trage nicht stattzugeben; denn das Gesetz gibt ihm nur die Ermächtigung, einen Teil der Leistung auf die rückliegende Zeit zu verlegen, es zwingt ihn nicht, von dieser Ermächtigung Gebrauch zu machen: vorgeschrieben ist nur, daß mindestens 6 Wochen in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen (vgl. Entsch. der RVA. 1990, Amtl. Nachr. 1915, S. 429, Arb-Vers. 1915 S. 445)

Für die Reichswochenhilfe kann eine etwaige Bestimmung der Satzung über die Verteilung des (satzungsmäßigen) Wochengeldes auf die Zeit vor und nach der Niederkunft nicht entscheidend sein. Denn für die Reichswochenhilfe ist, wie Krause (Kriegswochenhilfe, Heft I, 2. Aufl. S. 47) zutreffend sagt, „die Kasse als Versicherungsträger ganz ausgeschaltet: sie ist nur das vorhandene Instrument, dessen sich das Reich zur Auszahlung bedient". Auch ein Vorstandsbeschluß, dahingehend, daß das Wochengeld grundsätzlich erst für die Zeit nach der Niederkunft gezahlt werden soll, wäre kaum zu rechtfertigen und könnte von der Wöchnerin mit Erfolg angefochten werden. Da das Reich eine nähere Vorschrift zu geben unterlassen hat, wird die Wöchnerin selbst, als Nächstbeteiligte, darüber zu bestimmen haben, ob sie gleich bei der ersten Zahlung auch den Betrag für die letzten 2 Wochen vor der Entbindung erheben will. Diese von Krause (a. a. O. S. 48) vertretene Auffassung teilt auch Helms in Arb-Vers. 1915, Heft 18 S. 413*). Es wird aber auch kaum dagegen etwas zu erinnern sein, wenn die mit der Auszahlung befaßte Kasse allgemein, ohne also erst einen Antrag der Wöchnerin abzuwarten, am ersten Zahltage das Wochengeld gleich für die rückliegenden 2 Wochen zur Zahlung anweist. Und wenn diese Zahlung erfolgt ist, die Wöchnerin aber innerhalb 6 Wochen nach der Entbindung stirbt, dann wird das Reich der Kasse füglich nicht nur diejenigen Beträge zu erstatten haben, die vom Entbindungstage ab fällig geworden sind, sondern auch diejenigen, die auf die Zeit vor der Niederkunft gezahlt worden sind. (vgl. Arb-Vers. 1915 Heft 21 S. 501, Heft 23 S. 551, 1916 Heft 12 S. 285, Heft 21 S. 489; Sydow, Kriegswochenhilfe I S. 33.)

Die gleiche Auffassung vertritt auch das Knappschafts-Schiedsgericht zu Breslau. Der zur Entscheidung stehende Fall lag so: Eine am 7. April 1915 entbundene Kriegerfrau beantragte am 14. April 1915 beim Niederschlesischen Knappschaftsverein die Gewährung der Reichswochenhilfe. Der Knappschaftsverein ließ ihr daraufhin am 24. April 1915 das Wochengeld für 32 Tage „gerechnet vom 24. März 1915 ab" auszahlen und zahlte, nachdem die Wöchnerin am 14. Mai 1915 gestorben war, weitere 20 M. an die Erben. Das zuständige Versicherungsamt wollte dem Verein nur 38 M. erstatten: ohne weiteres das Wochengeld für zwei vor der Entbindung liegende Wochen zu zahlen, erscheine nicht gerechtfertigt, zum mindesten müsse für eine solche vorzeitige Zahlung ein dringendes Bedürfnis nachgewiesen sein. Der Knappschaftsverein wandte ein, daß er die Zurückdatierung des Wochengeldbezuges deshalb anzuwenden pflege, weil der erste Betrag, den die Wöchnerinnen erheben, wegen der mancherlei Ausgaben, die die Entbindung mit sich bringe, immer möglichst reichlich sein solle; daß für diese Zahlungsart ein dringendes Bedürfnis nachgewiesen werden müsse, sei nirgends vorgeschrieben; die Bedürftigkeit an sich dürfe wohl bei allen Wöchnerinnen, denen Reichswochenhilfe zustehe, schlechthin vorausgesetzt werden. In den Entscheidungsgründen des Knappschafts-Schiedsgerichts heißt es:

„Der Streit der Parteien dreht sich nur um die Frage, für welche Bezugsdauer das Wochengeld vor dem 14. Mai 1915 (dem Todestage der Wöchnerin) zu gewähren ist. Das Versicherungsamt will die Zahlung des Wochengeldes für die Zeit vor der Niederkunft nur dann zulassen, wenn ein dringendes Bedürfnis nachgewiesen sei, während der Knapp-

*) Anmerkung der Schriftleitung: Anders legt das Reichsversicherungsamt in der erwähnten Entscheidung 1990 die entsprechende Vorschrift in § 195 RVO. aus: es könne sich — ähnlich wie z. B. in §§ 185 Abs. 1, 186 um eine gesetzliche Ermächtigung für die Kasse handeln, von der nach pflichtmäßigem Ermessen Gebrauch zu machen sei.

schaftsverein das Wochengeld ohne den Nachweis eines besonderen Bedürfnisses in allen Fällen für zwei Wochen vor der Niederkunft gewährt, um die erste Beihilfe möglichst hoch zu bemessen. Ob dieser Standpunkt des Knappschaftsvorstandes bei der Fassung der Bundesrats-Verordnung unterschiedslos berechtigt ist, kann dahin gestellt bleiben. Jedenfalls bietet die Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 keine Handhabe dafür, dem Knappschaftsvorstande die Erstattung des für die Zeit vom 24. März bis 6. April 1915 verauslagten Betrages der Reichs-Wochenhilfe zu versagen. Der Bestimmung, daß mindestens sechs Wochen des Wochengeldbezuges in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen, hat der Knappschaftsvorstand nicht zuwidergehandelt. Er hat das streitige Wochengeld von 14 M. für zwei vor der Niederkunft liegende Wochen gezahlt, damit es der Wöchnerin während der Dauer ihres durch die Entbindung verursachten Schwächezustandes zugute komme. Damit ist der gesetzliche Zweck des Wochengeldes erfüllt. Den Nachweis eines dringenden Bedürfnisses vor der Zahlung zu fordern, war der Knappschaftsverein weder nach dem Wortlaut noch nach dem Zweck des § 3 der Bundesrats-Verordnung verpflichtet. Auch wenn die Zahlung des Wochengeldes von der Wöchnerin für die Zeit vor der Entbindung nicht ausdrücklich verlangt worden ist, darf die Berechtigung des Knappschaftsvorstandes zu dieser Vorausleistung nicht in Frage gestellt werden, weil weder die Bundesrats-Verordnung noch der für sie vorbildliche § 195 der RVO. eine ausdrückliche Bestimmung darüber enthalten, ob die Wöchnerin oder die zur Zahlung verpflichtete Kasse über die Verteilung der achtwöchigen Wochengeld-Bezugsdauer auf die Zeit vor und nach der Niederkunft zu bestimmen hat. Unter diesen Umständen darf auch der zur Zahlung verpflichteten Kasse nach billigem Ermessen das Bestimmungsrecht über die Bezugszeit des Wochengeldes nicht versagt werden; jedenfalls hat sie den zufälligen Umstand, daß die Wöchnerin vor Ablauf der sechswöchigen Bezugsdauer gestorben ist, nicht zu vertreten. Schließlich muß das Reich, das die Krankenkassen mit der Auszahlung der Kriegs-Wochenhilfe betraut hat und ihnen die verauslagten Beträge erstattet, die ordnungsmäßige Geschäftsführung der Krankenkassenverwaltungen auch gegen sich gelten lassen und die Gefahr einer etwaigen Ueberzahlung an Wochenhilfe tragen, soweit seinen Geschäftsführern nicht ein offenbares Verschulden oder Versehen zur Last fällt (vgl. die Entscheidung des Knappschafts-Schiedsgerichts vom 13. August 1915, abgedruckt im „Kompaß" vom 20. Oktober 1915, Nr. 20 S. 254). Da aber dem Niederschlesischen Knappschaftsverein ein vertretbares Verschulden im vorliegenden Falle nicht nachgewiesen werden kann, weil die Vorauszahlung des Wochengeldes den Vorschriften der Bundesrats-Verordnung nicht zuwiderläuft, so ist der verauslagte Betrag von 14 M Wochengeld für die Zeit vom 24. März bis zum 6. April 1915 der Knappschafts-Krankenkasse vom Reiche zu erstatten."

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 7 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Juli 1916.)

I. Unfallversicherung.

Ein zulässiger Rekurs wird durch Tod des Rentenbewerbers im Laufe des Verfahrens nicht unzulässig (Großer Senat, 2886 S. 533).

Bei Ermittlung des für die Grenze der Versicherung von Betriebsbeamten maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes sind im Betrieb übliche Jahresgratifikationen nur insoweit zu berücksichtigen, als mit hinreichender Sicherheit auf sie gerechnet werden kann (2887 S. 534).

Ein zoologischer Garten ist als Stallhaltungsbetrieb bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft versichert (2888 S. 536).

Betriebe zur Herstellung von Grammophonen gehören, wenn diese überwiegend zur Wiedergabe von Tonstücken dienen sollen, zur Berufsgenossenschaft der Musikinstrumenten-Industrie, wenn sie dagegen zur Wiedergabe des gesprochenen Wortes bestimmt sind, zu der nach der Art der Herstellung oder Bearbeitung des Stoffes zuständigen Berufsgenossenschaft (2889 S. 537).

Wenn eine Genossenschaft einen Betrieb an eine andere Genossenschaft überweisen will — sei es von Amts wegen oder auf Antrag des Unternehmers oder der anderen Genossenschaft (§§ 666, 668 RVO.) — so braucht sie den Unternehmer oder die andere Genossenschaft vorher nicht zu hören. Die Anhörung des Unternehmers kann jedoch im Einzelfalle zweckmäßig und aus diesem Grunde geboten sein; dann liegt sie der Genossenschaft ob, welcher der Betrieb bisher angehörte. Widerspricht in solchem Falle der Unternehmer der von der anderen Genossenschaft beanspruchten Ueberweisung, so ist die Sache ohne weiteres dem Oberversicherungsamt zur Entscheidung vorzulegen (§ 668). — Will eine Genossenschaft dem Antrag einer anderen, ihr einen Betrieb zu überweisen (§ 668), nicht stattgeben, so hat sie vor der Vorlegung der Sache an das Oberversicherungsamt den Unternehmer über den Antrag zu hören. — Will eine Genossenschaft dem Antrag eines Unternehmers, seinen Betrieb einer anderen Genossenschaft zu überweisen, nicht stattgeben, so hat sie der anderen Genossenschaft den Antrag zur Aeußerung mitzuteilen und nach deren Eingang die Sache entweder nach § 668 oder nach § 669 dem Oberversicherungsamt zur Entscheidung vorzulegen. Beide Genossenschaften sind verpflichtet, zum Antrag des Unternehmers Stellung zu nehmen (2890 S. 537).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 171 RVO. kann nicht mit rückwirkender Kraft ausgesprochen werden (§ 2212 S. 551).

Der Grundsatz der Entscheidung 1788 (Amtl. Nachr. 1913 S. 829) ist aufrecht erhalten: Beiträge dürfen nur für Arbeitstage erhoben werden. — Die Versicherung bleibt bei freiwilliger Weiterversicherung nach § 313 Abs. 1 RVO. so bestehen, wie sie vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bestand (2213 S. 553).

Als Arbeitstag für unständig Beschäftigte gilt jeder Wochentag. Die Beiträge für sie können daher für jeden Tag erhoben werden (2214 S. 556).

Bei der freiwilligen Weiterversicherung darf der Uebertritt eines Versicherten in eine niedere Klasse oder Lohnstufe (§ 313 Abs. 1 Satz 2 RVO.) nicht von einer Entscheidung des Kassenvorstandes abhängig gemacht werden. — An der Entscheidung 1787 (Amtl. Nachr. 1913 S. 827), wonach der nach längeren Zeitabschnitten bemessene Entgelt eines Versicherten bei dessen Zuteilung zu einer Lohnstufe (§ 180 Abs. 2 RVO.) durch die Zahl der in den Zeitabschnitt fallenden wirklichen Arbeitstage zu teilen ist, ist festgehalten worden (2215 S. 557).

Entscheidungen nach § 258 RVO. (bei Streit zwischen Kassen über Zugehörigkeit von Betrieben oder Betriebsteilen) können nicht mit rückwirkender Kraft erlassen werden (2216 S. 559).

Das Versicherungsamt ist nicht zuständig zur Entscheidung über Anträge auf Befreiung von der Invalidenversicherungspflicht auf Grund des Bundesratsbeschlusses vom 4. März 1915, Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 418 (2217 S. 561).

Durch längeren Aufenthalt eines Kriegsbeschädigten in einem Lazarette kann ein Wohnort im Sinne des (die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts für Streitentscheidungen bestimmenden) § 1637 RVO. begründet werden (2218 S. 562).

Nach § 1641 RVO. sind nur einzelne Personen, nicht aber Behörden als solche von der Mitwirkung bei der Rechtsprechung ausgeschlossen; insoweit hat die Entscheidung 1269 (Amtl. Nachr. 1906 S. 486) ihre Bedeutung verloren. Hiernach ist der Vorsitzende eines städtischen Versicherungsamts von der Entscheidung über die Versicherungspflicht städtischer Bediensteter nur dann kraft Gesetzes ausgeschlossen, wenn er in der Sache als gesetzlicher Vertreter der Gemeinde aufzutreten berechtigt ist oder gewesen ist (2219 S. 562).

B. Allgemeines.

Verminderung des Pauschbetrags aus § 80, Abs. 2 RVO. um Verfahrenskosten aus § 1802 RVO.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 26. Mai 1916 (2885 Amtl. Nachr. 1916 S. 508).

Das Oberversicherungsamt hat in einem Urteil, durch das die Berufung eines Verletzten gegen den Endbescheid der Berufsgenossenschaft zurückgewiesen wurde, folgende Kostenentscheidung gefällt: „Die unterlegene Partei hat dem Gegner 16 ℳ Kosten zu ersetzen.“ In den Gründen ist ausgeführt, daß diese Kostenentschädigung auf § 1802 RVO. beruhe, und daß die Höhe der dem Kläger auferlegten Kosten entsprechend dem für eine Spruchsache zu entrichtenden Pauschbetrage berechnet sei. Das Oberversicherungsamt hat gleichwohl von der Berufsgenossenschaft die Zahlung des Pauschbetrags gefordert, die Berufsgenossenschaft hat die Zahlung unter Berufung auf die Vorschrift des § 80 RVO. abgelehnt. Das Reichs-

versicherungsamt hat die Berufsgenossenschaft zur Erstattung des Pauschbetrags von 16 ℳ für verpflichtet erklärt mit folgender Begründung:

Was zunächst den Wortlaut der Kostenentscheidung des Oberversicherungsamts anbetrifft, so steht er mit der Urteilsbegründung insofern in Widerspruch, als er die für die Erstattung außergerichtlicher Kosten gemäß § 1670 RVO. zu wählende Fassung trägt. Die Urteilsbegründung ergibt aber zweifelsfrei, daß es sich um die Auferlegung gerichtlicher Kosten gemäß § 1802 RVO. handelt, und diese Erläuterung der Urteilsformel durch die Urteilsgründe ist für die Auslegung der Kostenentscheidung maßgeblich. Dem Kläger sind demgemäß die Kosten des Gerichtsverfahrens auferlegt worden, welche unmittelbar — und nicht erst durch Vermittlung der Berufsgenossenschaft — in die Staatskasse fließen und vom Oberversicherungsamt auf Grund des § 46 der Kaiserlichen Verordnung vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1095) nach Art der Gemeindeabgaben beizutreiben sind. Es fragte sich nun aber, ob allein durch die Tatsache einer derartigen Kostenentscheidung die Berufsgenossenschaft in Höhe der auferlegten Kosten von der Zahlung des Pauschbetrags nach § 80 RVO. endgültig befreit wird.

In dieser Hinsicht war zu erwägen, daß die Pauschbeträge, welche die Berufsgenossenschaften zu entrichten haben, an sich unabhängig davon sind, wer in dem betreffenden Rechtsstreit obsiegt und wer unterliegt. Auch bei völlig klarem Sachverhalt, auch wenn die Berufsgenossenschaft ohne jedes Verschulden in das Berufungsverfahren hineingezogen ist, liegt ihr die Entrichtung des Pauschbetrages ob. Hieraus folgt, daß die Vorschrift des § 1802, der bei mutwilliger Rechtsverfolgung die Verurteilung zur Tragung gerichtlicher Kosten gestattet (nicht vorschreibt), nicht in erster Linie den Zweck verfolgt, die Berufsgenossenschaft schadlos zu halten, weil sie schuldlos in das Verfahren hineingezogen ist, vielmehr zunächst lediglich als „Kostenstrafe" für mutwillige Rechtsverfolgung usw. gedacht ist. Sodann ist im § 80 Abs. 2 bestimmt, daß die Kostenstrafe in erster Linie dergestalt zur Deckung der Verfahrenskosten verwandt wird, daß sich die Beitragspflicht der Berufsgenossenschaft dementsprechend mindert. Auf diese Weise ist der Berufsgenossenschaft ein Vorteil zugewendet worden, der aber nicht zum Nachteil des Bundesstaats ausschlagen darf, da dieser mit bestimmten Beitragseinnahmen aus jedem Rechtsstreit zu rechnen hat. Wenn daher die Kostenstrafe nicht eingezogen werden kann, so ist das Naturgemäße, daß in diesem Falle der besondere Vorteil, welcher der Berufsgenossenschaft als Begleiterscheinung der Kostenstrafe erwächst, wegfällt. So war denn auch im Entwurfe zur Reichsversicherungsordnung (§ 93) bestimmt, daß zunächst die Einnahmen aus der Kostenstrafe auf die Verfahrenskosten anzurechnen seien. In § 80 des Gesetzes ist dann freilich eine andere Fassung gewählt worden, die indessen in Berücksichtigung des gesetzgeberischen Gedankens im gleichen Sinne gedeutet werden muß. Diese Deutung erscheint auch zulässig, ohne daß dem Wortlaut des § 80 Gewalt angetan wird. Wenn es dort heißt, daß sich der Pauschbetrag „entsprechend" mindert, sofern in einem Falle Kosten nach Abs. 4 zu erstatten sind, so ist dies „entsprechend" dahin auszulegen: soweit die nach § 1802 auferlegten Verfahrenskosten tatsächlich in die Kasse des Bundesstaats fließen. Falls aber diese Verfahrenskosten nicht beigetrieben werden können, wofür im einzelnen Falle der Nachweis zu führen ist, so tritt die Minderung des Pauschbetrages nicht ein, und es ist der von der Berufsgenossenschaft einbehaltene Teil dieses Betrags nachzuentrichten. Dieser Nachweis ist im vorliegenden Falle geführt durch eine vom Oberversicherungsamte beigebrachte Bescheinigung des Bürgermeisters, wonach die zwangsweise Beitreibung der Kosten vom Kläger unmöglich ist; auch mußte ein im Frühjahr 1916 vom Oberversicherungsamt eingeleitetes Kostenbeitreibungsverfahren eingestellt werden, da der Verletzte zum Heeresdienst eingezogen und sein Aufenthalt nicht zu ermitteln war.

Zuständigkeit der Versicherungsinstanzen zur Entscheidung über eine Gegenforderung.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 21. Febr. 1916 (2883 Amtl. Nachr. 1916 S. 506).

Gegenstand des Streites ist, ob der Beschwerdeführer gegen den Anspruch der Baugewerk-Berufsgenossenschaft auf Zahlung von 65 ℳ die Forderung auf Rückerstattung der nach seiner Behauptung zu Unrecht gezahlten 50 ℳ aufrechnen kann. Die Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts ist allerdings auch dann gegeben, wenn die Haftung für die rückständigen Regiebauprämien von dem Bauherrn an sich nicht bestritten, sondern wenn nur die Zahlung der angeforderten Prämien aus bestimmten Rechtsgründen verweigert wird. Danach ist das Reichsversicherungsamt grundsätzlich zur Prüfung des gegen den Anspruch einer Baugewerks-Berufsgenossenschaft auf Zahlung von Regiebauprämien erhobenen Einwandes der Aufrechnung berufen. Jedoch können Streitigkeiten über die Berechtigung einer Aufrechnung in dem Verfahren vor den Instanzen der Arbeiterversicherung nur dann entschieden werden, wenn es sich um die Feststellung eines Gegenanspruchs handelt, der in der Reichsversicherungsordnung unmittelbar geregelt ist

(zu vgl. Rev.Entsch. 1519, Amtl. Nachr. des RVA. 1910 S. 653). Die Prüfung einer Aufrechnung darf aber nicht zur Entscheidung über eine Forderung führen, deren Rechtsgrund nicht auf dem öffentlichen Rechte der Arbeiterversicherung, sondern auf anderen rechtlichen Vorschriften, insbesondere denen des bürgerlichen Rechts beruht. Die Entscheidung über solche Ansprüche ist der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte vorbehalten. Um einen solchen Anspruch handelt es sich bei der von dem Beschwerdeführer erklärten Aufrechnung. Denn die Gegenforderung in Höhe von 50 ℳ wird aus der Behauptung einer ungerechtfertigten Bereicherung abgeleitet, deren rechtliche Voraussetzungen in den §§ 812 ff. BGB. geregelt und daher von den ordentlichen Gerichten nachzuprüfen sind. Der Beschwerdeführer kann sonach im jetzigen Rechtsstreit nicht mit dem Einwand der Aufrechnung gehört werden. Vielmehr muß die Feststellung, ob dem Beschwerdeführer gegen die Baugewerks-Berufsgenossenschaft ein Anspruch nach § 812 BGB. zusteht, der Entscheidung durch die ordentlichen Gerichte vorbehalten bleiben. Im gegenwärtigen Verfahren mußte also der Beschwerdeführer zur Zahlung der Prämie, gegen die begründete Einwendungen aus der Reichsversicherungsordnung nicht hergeleitet werden können, unter Vorbehalt der Entscheidung über die Aufrechnung verurteilt werden (zu vgl. § 302 ZPO.).

Zur Todeserklärung Kriegsverschollener.

Runderlaß des **Reichsversicherungsamts** (an Versicherungsanstalten und Seekasse) vom 18. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 509).

Der Arbeitsausschuß der Kriegerwitwen- und -waisenfürsorge (Geschäftsstelle Berlin SW. 11, Bernburger Straße 24/25) hat in einer Eingabe vom 29. März 1916 hier angeregt, auf eine einheitliche Auslegung des § 1265 RVO. bei den Versicherungsanstalten hinzuwirken. Zur Begründung dieser Bitte wird ausgeführt, ein Teil der Landesversicherungsanstalten erblicke in der von allen zuständigen Auskunftsstellen des In- und Auslandes bestätigten Vermißtheit eines Kriegsteilnehmers während eines Jahres ohne glaubhafte Nachrichten über seinen Verbleib die Voraussetzung der Verschollenheit und zugleich die Umstände, die den Tod wahrscheinlich machen, und gewähre dementsprechend die gesetzlichen Leistungen. Dagegen verlange ein anderer Teil der Landesversicherungsanstalten darüber hinaus den Nachweis einer schweren Verwundung oder eines sonstigen besonderen Ereignisses, dem der Vermißte zum Opfer gefallen sein dürfte, und lehne die Gewährung der gesetzlichen Leistungen ohne einen solchen Nachweis ab.

Inzwischen ist die Verordnung des Bundesrats vom 18. April 1916 über die Todeserklärung Kriegsverschollener (RGBl. 1916 S. 296) ergangen*) Danach können die während des gegenwärtigen Krieges vermißten Kriegsteilnehmer und die ihnen durch § 15 Abs. 2 BGB. und § 1 Abs. 2 der Verordnung gleichgestellten Personen im Wege des Aufgebotsverfahrens für tot erklärt werden, wenn von ihrem Leben ein Jahr lang keine Nachricht eingegangen ist.

Für das Verfahren bei der Festsetzung von Leistungen für Hinterbliebene von Kriegsverschollenen bieten sich daher für die Versicherungsanstalten zwei Wege. Entweder ist den Antragstellern anheimzugeben, zunächst eine gerichtliche Todeserklärung des Versicherten nach Maßgabe der Verordnung vom 18. April 1916 zu erwirken, oder der Vorstand prüft selbständig das Vorliegen der Verschollenheit. Dabei wird, wenn auch § 1265 a. a. O. von der neuen Verordnung formell nicht berührt wird, doch die allgemeine Absicht des Gesetzgebers zu beachten sein, wonach die Todeserklärung von Kriegsteilnehmern gegenüber dem bisherigen Rechte erleichtert werden soll. Es werden daher auch vom Standpunkt des § 1265 a. a. O. keine strengeren Anforderungen zu erheben sein, als sie die Verordnung vom 18. April 1916 vorsieht. Namentlich werden Belege dafür, daß besondere Umstände den Tod des Versicherten wahrscheinlich machen, nicht mehr verlangt werden können. Denn für das gerichtliche Verfahren ist eine Beweisführung in dieser Richtung den Beteiligten nicht auferlegt, vielmehr begnügt sich der Gesetzgeber mit der Tatsache der Teilnahme an den kriegerischen Ereignissen und des Vermißtseins während des Krieges. Insoweit etwa früher gestellte Anträge von Hinterbliebenen mangels des erwähnten Nachweises abgelehnt worden sind, werden sie einer nochmaligen Prüfung zu unterziehen sein.

Im übrigen wird auf die Aufsätze von Dronke und Olshausen in der Jur. Wochenschrift vom 1. Mai 1915 (S. 632 ff.) ergebenst hingewiesen.

Teuerungszulage als Entgelt.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 19. Januar 1916 (B. 2818/15).

Der Angestellte ist bei der Arbeitgeberin gegen Tagegeld in Stellung und nach der Art seiner Tätigkeit versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, was nicht bestritten wird. Mit Rücksicht auf die infolge des Krieges eingetretene Verteuerung des Lebensunterhaltes ist ihm von der Arbeitgeberin auf unbestimmte Zeit eine tägliche Teuerungszulage von 20 bis 30 Pf.

*) Zu vgl. Arb.Vers. Heft 14 S. 329.

gewährt. Streit besteht darüber, ob diese Teuerungszulagen als Entgelt im Sinne des § 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen sind.

Bei der Prüfung der Frage, ob Teuerungszulagen als Entgelt im Sinne des § 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen sind, ist, wie auch sonst bei der Auslegung eines Sozial-Versicherungsgesetzes, wie es das Angestelltenversicherungsgesetz ist, der Nachdruck weniger auf die rechtliche Erscheinungsform, als auf den wirklichen Tatbestand und seinen wirtschaftlichen Inhalt zu legen. Demgemäß ist es für die Beitragspflicht nicht erforderlich, daß ein Rechtsanspruch des Versicherten gegen den Arbeitgeber auf Zahlung des Entgelts besteht, noch auch nur, daß im voraus die Absicht, gegen Entgelt zu arbeiten oder ein solches zu gewähren, erklärt worden ist. Es genügt vielmehr, wenn tatsächlich eine Zuwendung erfolgt, die der Beschäftigte nach den Umständen des Falles als eine Gegenleistung für seine Tätigkeit ansehen kann und nicht als eine auf bloßem Wohlwollen beruhende Schenkung zu betrachten hat. Das Angestelltenversicherungsgesetz verlangt auch ausdrücklich als Merkmal des Entgelts nicht einen Rechtsanspruch des Versicherten auf die ihm gewährte Gegenleistung, sondern sieht, wie das auch § 2 ergibt, jede Vergütung, oder wie die Leistung sonst genannt werden mag, als Entgelt im Sinne des Gesetzes an, auch wenn sie nur gewohnheitsmäßig dem Angestellten gegeben wird für die von ihm zu leistende Arbeit. Die mit Rücksicht auf die durch den Krieg eingetretene allgemeine Teuerung von Arbeitgebern an ihre Angestellten gewährten Zulagen sind aber keine auf reiner Freigebigkeit des Arbeitgebers beruhenden Zuwendungen, die mit dem Arbeitsverhältnis in keinem Zusammenhang stehen, sondern sie sollen die infolge der Teuerung in ihrem Werte gesunkene Gegenleistung des Arbeitgebers auf die zur Zeit angemessene Höhe bringen und bilden damit einen Teil der Gegenleistung des Arbeitgebers für die Tätigkeit des Angestellten, zumal auch die Arbeitslöhne infolge des durch den Krieg eingetretenen Mangels an Angestellten vielfach gestiegen sind. Das muß auch für den Fall gelten, daß die Zulagen nur widerruflich gewährt werden, da es weder auf die voraussichtliche Dauer der Bezüge eines Angestellten noch auf den durch die Widerruflichkeit in Frage gestellten Rechtsanspruch des Angestellten auf die Zulagen bei der Frage des Entgelts ankommt.

Die dem Angestellten F. B. gewährten Zulagen sind demnach als Entgelt im Sinne des § 2 anzusehen; sie sind bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes voll einzusetzen und die Arbeitgeberin hat auch von ihnen Beiträge zur Angestelltenversicherung zu entrichten, soweit der Gesamtbetrag des Jahresarbeitsverdienstes die Summe von 5000 ℳ nicht übersteigt.

C. Zur Krankenversicherung.

Zulässigkeit allgemeiner Vereinbarungen zwischen Versicherungsträgern über Ersatzansprüche (§ 1513 RVO.); Zuständigkeit der Versicherungsbehörden zur Streitentscheidung.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) vom 18. April 1916.

Die klagende Krankenkasse hält sich für berechtigt, in zwei Fällen, in denen die beklagte Berufsgenossenschaft nach § 1513 Abs. 1 RVO. für Unfallerkrankte das Heilverfahren übernommen hatte, auf Grund des Abkommens zwischen dem Verband der Berufsgenossenschaften und Krankenkassenverbänden vom 1. November 1913 (Amtl. Nachr. 1913 S. 688, ArbVers. 1914 S. 22), dem beide Streitteile beigetreten sind, von den nach § 1513 Abs. 2 als Ersatz für Krankenpflege festgesetzten drei Achteln des Grundlohnes jeweils den Betrag von 7 ℳ in Abzug zu bringen (§ 2 Abs. 3 des Abkommens). Die Beklagte hat die Berechtigung dieses Abzugs bestritten. Das Versicherungsamt hat die Klage der Kasse aus sachlichen Gründen abgewiesen. Auf Berufung der Kasse hat das Oberversicherungsamt diese Entscheidung aufgehoben und die Klage wegen Unzulässigkeit des Spruchverfahrens vor den Versicherungsbehörden abgewiesen, weil in diesem Verfahren nur über solche Streitigkeiten aus dem Verhältnis der Versicherungsträger zu einander entschieden werden könne, die Ansprüche aus der Reichsversicherungsordnung zum Gegenstand haben. Dagegen sei es nicht Aufgabe der Spruchbehörden, über Streitfälle zu befinden, die aus vertraglichen Uebereinkommen zwischen den Versicherungsträgern hergeleitet sind. Auf Revision der klagenden Kasse hat das Reichsversicherungsamt dieses Urteil aufgehoben und die Sache an das Oberversicherungsamt zurückverwiesen aus folgenden Gründen:

Das Reichsversicherungsamt hat mehrfach anerkannt, daß auch auf dem Gebiete der sozialen Versicherung die Parteien grundsätzlich berechtigt sind, im Einzelfalle bestehende Streitigkeiten über den Umfang von Entschädigungsansprüchen und dergleichen durch Vereinbarungen oder Vergleiche beizulegen (zu vgl. u. a. die Rek.Entsch. 1179, Amtl. Nachr. 1892 S. 329, ferner Rundschreiben des RVA. vom 5. August 1892, betreffend die Zulässigkeit von Vergleichen über Invaliden- und Altersrenten, Amtl. Nachr. 1892 S. 106). Auch außerhalb eines Verfahrens sind Vergleiche zulässig (zu vgl. Hanow, Kommentar, Anm. 5 f zu § 30 RVO.). Die gleichen Grundsätze werden

für den Verkehr der Versicherungsträger unter einander, bei Geltendmachung von Ersatzansprüchen, anzuwenden sein, wobei auch zu beachten ist, daß Rechtsansprüche der Versicherten hierbei im allgemeinen nicht in Frage kommen. Zweifelhaft kann aber sein, ob die Versicherungsträger, auch abgesehen von einzelnen streitigen Ersatzansprüchen, berechtigt sind, ihre Beziehungen bei Geltendmachung solcher Ansprüche im voraus allgemein zu regeln. Diese Frage ist hier deshalb von Bedeutung, weil die Parteien dem zwischen dem Verbande der Deutschen Berufsgenossenschaften und den Krankenkassenverbänden geschlossenen Abkommen (Amtl. Nachr. 1913 S. 688) beigetreten sind und sich damit dessen Bestimmungen für die Regelung ihrer Beziehungen, insbesondere hinsichtlich der gegenseitigen Ersatzansprüche, unterworfen haben § 10 des Abkommens); durch §§ 2 und 3 des Abkommens wird namentlich auch die Höhe des Ersatzanspruchs teilweise abweichend von der Vorschrift des § 1513 Abs. 2 Satz 2 RVO. geregelt. Der Senat hat eine derartige Regelung für zulässig erachtet. Denn es kann trotz der Wortfassung der Vorschrift nicht angenommen werden, daß sie zwingendes Recht in dem Sinne sein sollte, daß allgemeine Vereinbarungen der Versicherungsträger auf diesem Gebiet ausgeschlossen seien. Dagegen spricht der mit Festsetzung von Pauschbeträgen vom Gesetzgeber verfolgte Zweck und auch die Entstehungsgeschichte der Vorschrift. Durch die Pauschbeträge (zu vgl. z. B. §§ 1503, 1506, 1507, 1513, 1533 RVO.) sollten die ersatzberechtigten Versicherungsträger von dem oft schwer zu erbringenden Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen befreit und dafür Durchschnittssätze aufgestellt werden, nach denen der Ersatzanspruch in einfacher Weise berechnet werden kann (zu vgl. Begr. der RVO. S. 452 ff., 164, 165). Die Festsetzung dieser Pauschsummen dient also in erster Reihe der Erleichterung des Ersatzverfahrens. Dieser Zweckbestimmung steht es nicht entgegen, wenn die Versicherungsträger ihrerseits vereinbaren, im gegenseitigen Verkehr zur zweckmäßigen Verteilung ihrer Lasten an Stelle der gesetzlichen Pauschbeträge andere, allgemeine Pauschbeträge anzuwenden, die in gleicher Weise eine einfache Abwicklung des Verkehrs ermöglichen. Auch bei den Kommissionsberatungen zu § 1513 RVO. (§ 1493 des Entwurfs) wurde als übereinstimmende Auffassung der Kommission festgestellt, daß derartige Vereinbarungen wegen der Uebernahme des Heilverfahrens gesetzlich jederzeit zulässig sind, daß aber durch solche Vereinbarungen die Rechte der Verletzten gegenüber den Krankenkassen und ihr Anspruch auf sofortige Einleitung einer Heilbehandlung nicht berührt werden sollen (Komm.Ber. V S. 13). Da das mehrerwähnte Abkommen gerade dazu dienen soll, die Heilbehandlung der Unfallverletzten möglichst wirksam zu gestalten, sind auch aus diesem letzteren Gesichtspunkte Bedenken gegen seine Zulässigkeit nicht herzuleiten. In der Literatur wird die Zulässigkeit derartiger allgemeiner Vereinbarungen ebenfalls grundsätzlich anerkannt (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 e zu § 222 RVO.).

Zu prüfen war ferner, ob über streitige Ersatzansprüche im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung zu entscheiden ist, wenn bei diesem Anlaß über die Auslegung der Bestimmungen des Abkommens Streit entstanden ist. Auch diese Frage hat der Senat, im Gegensatz zu der Ansicht des Oberversicherungsamts bejaht. Nach § 1515 Abs. 2 RVO. ist bei Streit über Ersatzansprüche nach § 1513 im Spruchverfahren zu entscheiden. Um einen solchen Streit handelt es sich. Denn der Ersatzanspruch nach § 1513 wird seiner Rechtsnatur nicht dadurch entkleidet, daß wegen seiner Geltendmachung und Höhe im voraus vergleichsartige Vereinbarungen zwischen den beteiligten Versicherungsträgern getroffen worden sind. Der Rechtsweg vor den bürgerlichen Gerichten ist deshalb trotz der unter den Parteien bestehenden vertraglichen Beziehungen für Ersatzansprüche nach § 1513 RVO. nicht zulässig (zu vgl. auch Hahn a. a. O. Anm. 2 am Ende zu § 224 RVO.). Die Vorentscheidung unterlag deshalb wegen unrichtiger Rechtsanwendung der Aufhebung (§ 1697 RVO.). Gleichzeitig war die Angelegenheit zur nochmaligen Prüfung und sachlichen Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen.

Anmerkung: Im gleichen Sinne haben wir uns alsbald bei Veröffentlichung des Abkommens geäußert (1914 S. 122, Anm. S. 124).

Bei Auferlegung von Strafbeiträgen nach § 531 RVO. kommen auch die nach § 397 Abs. 1 wegen verspäteter Anmeldung zu zahlenden Beiträge in Betracht.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 24. März 1916 (2197 Amtl. Nachr. 1916 S. 487).

Die Verfügung des Vorsitzenden des Kassenvorstandes und der Beschluß des Vorstandes über die Auferlegung des Doppelten der Beitragsrückstände stützen sich auf § 13 Abs. 4 der Kassensatzung. Diese Bestimmung entspricht dem § 531 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 RVO. Hier ist von „rückständigen Beiträgen“ die Rede. In der Literatur wird die Ansicht vertreten, daß als solche nur Beiträge zu gelten hätten, die bei Verletzung der Anmelde-, nicht auch der Abmeldepflicht nachträglich zu zahlen seien (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. 8. und 9. Aufl. Anm. 2 a zu § 531; Hoffmann, Kommentar 5. Aufl. Anm. 4 zu § 531). Der Senat hat sich dieser

Auffassung nicht angeschlossen. Gegen sie spricht schon der Wortlaut jener Vorschriften. Denn unter „rückständigen Beiträgen" sind begrifflich Beiträge zu verstehen, die bei Fälligkeit nicht entrichtet worden sind (zu vgl. Hanow, Komm. 3. Aufl. Anm. 3 zu § 28; Hahn, a. a. O. Anm. 2 zu § 28). Dahin gehören auch die im § 397 Abs. 1 bezeichneten Beiträge, sofern der Fälligkeitstag ohne Zahlung verstrichen ist. Ferner ist der Zusammenhang des § 531 mit § 530 zu beachten. Diese Vorschrift betrifft die Bestrafung von Arbeitgebern, die rechtswidrig und schuldhaft Versicherungspflichtige nicht anmelden (Abs. 1) oder die Vorschriften über die Meldung Versicherungspflichtiger in anderer Weise verletzen (Abs. 2). Im Anschluß hieran schreibt § 531 Abs. 1 vor, daß die Kasse unabhängig von der Strafe die rückständigen Beiträge nachzuholen habe, und Abs. 2 Satz 1 gibt der Kasse die Befugnis, dem Bestraften außerdem die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge aufzuerlegen. Letztere Vorschrift bezieht sich nach ihrem uneingeschränkten Wortlaut auf alle Fälle, in denen eine Bestrafung nach § 530 stattgefunden hat. Um einen derartigen Fall handelt es sich nicht nur bei Bestrafung wegen Verletzung der Anmeldevorschriften, sondern auch bei einer solchen wegen Verstoßes gegen die Abmeldepflicht; denn dieser Verstoß ist nach § 530 Abs. 2, § 317 Abs. 1 strafbar. Die Kassen sind daher befugt, einem wegen verspäteter Abmeldung eines Versicherungspflichtigen bestraften Arbeitgeber das Ein- bis Fünffache der im § 397 Abs. 1 bezeichneten rückständigen Beiträge aufzuerlegen. Das entspricht auch dem Zwecke der §§ 530, 531. Sie sollen ordnungsmäßige Meldungen sichern und die Kassen möglichst vor Schaden bewahren (zu vgl. Entsch. 2168, Amtl. Nachr. 1916 S. 383). Die Kassen können aber durch Verspätung der Abmeldung unter Umständen noch mehr benachteiligt werden als durch Unterlassung oder Verspätung der Anmeldung. Denn die Versäumung der Abmeldung kann dahin führen, daß die Kasse eine aus der Mitgliedschaft bei ihr ausgeschiedene Person bei einer späteren Erkrankung in Unkenntnis des Ausscheidens unterstützt. Dann bewirkt die Kasse, soweit nicht § 214 zutrifft, eine ihr gesetzlich nicht obliegende Leistung, während sie bei Gewährung von Unterstützungen an eine zu Unrecht nicht angemeldete Person immerhin eine gesetzliche Verpflichtung erfüllt (zu vgl. Entsch. 2054, Amtl. Nachr. 1915 S. 589, sowie Hahn, Handb. d. Kr.Vers. Anm. 4 zu § 531). Wenn auch die Kasse in den Fällen der ersteren Art die Rückerstattung der gezahlten Beträge verlangen kann, so wird doch der Unterstützte dazu vielfach nicht in der Lage sein. Unter diesen Umständen bildet auch die Pflicht des Arbeitgebers zur Fortzahlung der Beiträge bis zur Abmeldung nach § 397 Abs. 1 RVO., der sich nur als eine Ordnungsvorschrift, nicht als eine Strafvorschrift darstellt (zu vgl. die bezeichnete Entsch. 2054), regelmäßig keinen genügenden Ausgleich für die Aufwendungen der Kasse. Der Hinweis Hahns auf die Entstehungsgeschichte des § 531 ist nicht entscheidend. Allerdings bemerkt die Begründung zu den §§ 553, 554 des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung (jetzt § 530, 531), daß das Recht zur Auferlegung des Ein- bis Fünffachen der Beitragsrückstände an die Stelle der Ersatzpflicht des Arbeitgebers nach § 50 des Krankenversicherungsgesetzes trete (zu vgl. S. 253 der Begr.), und diese Ersatzpflicht bestand nur bei Verletzung der Anmelde-, nicht auch der Abmeldepflicht. Es kann jedoch dahingestellt bleiben, ob jene Bemerkung dahin aufzufassen ist, daß nach der Absicht der Begründung dem § 554 des Entwurfs (jetzt § 531) lediglich das gleiche Anwendungsgebiet zukommen sollte wie dem § 50 des Krankenversicherungsgesetzes. Mag dies auch der Fall sein, so ist diese Absicht doch in dem Gesetze selbst nicht zum Ausdruck gekommen. Vielmehr sind nach Wortlaut und Zusammenhang des § 531 in Verbindung mit seinem Zwecke unter „rückständigen Beiträgen" im Sinne des Abs. 1 und des Abs. 2 Satz 1 auch Beiträge zu verstehen, die nach § 397 Abs. 1 bei verspäteter Abmeldung eines Versicherungspflichtigen für die Zeit seiner Entlassung bis zur Abmeldung nachzuzahlen sind (so auch Görlitz in Arb.Vers. 1914 S. 851). Ebenso wie § 531 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 RVO. ist der ihnen entsprechende § 13 Abs. 4 der Kassensatzung auszulegen. Er bezieht sich daher gleichfalls auf die verspätete An- und Abmeldung eines Beschäftigten. Das kann auch nach dem Zusammenhange des § 13 Abs. 4 a. a. O. mit den beiden vorhergehenden Absätzen nicht zweifelhaft sein. Denn sie betreffen ebenso wie § 530 RVO. die Bestrafung eines Arbeitgebers wegen irgendeiner Verletzung der Meldevorschriften. Die Annahme des Beschwerdeführers, § 13 Abs. 4 der Satzung beziehe sich nur auf die Nichtanmeldung der im Abs. 1 a. a. O. bezeichneten Veränderungen eines Beschäftigungsverhältnisses, trifft somit nicht zu.

Der Vorsitzende des Kassenvorstandes war indessen, wie das Versicherungsamt zutreffend angenommen hat, zur Auferlegung des Doppelten der Beitragsrückstände nicht befugt, da dieses Recht nach § 13 Abs. 4 der Satzung nur dem Vorstand zusteht und nicht zu den Befugnissen gehört, die im § 85 der Satzung dem Vorsitzenden übertragen sind. Der hiernach der Verfügung des Vorsitzenden anhaftende Mangel ist jedoch, wie das Versicherungsamt gleichfalls mit Recht ausgeführt hat, durch den Beschluß des Vorstandes über die Auf-

erlegung des Doppelten der Beitragsrückstände geheilt worden. Da sich der Beschluß inhaltlich mit jener Verfügung deckt, so kann unbedenklich angenommen werden, daß sie durch ihn genehmigt und somit wirksam geworden ist. Die gegen den Beschluß in förmlicher Beziehung vorgebrachten Einwendungen des Beschwerdeführers sind nicht begründet. Die Bezeichnung der bei der Beschlußfassung mitwirkenden Personen und die Angabe des Stimmenverhältnisses bei der Abstimmung waren nicht erforderlich. Auch brauchte im vorliegenden Falle nicht dargelegt zu werden, um welche Dienstboten es sich handelte, wie lange die Anmeldung unterblieben ist und wie sich die rückständigen Beiträge zusammensetzten. Darüber konnte sich der Beschwerdeführer nach den ihm zugegangenen wiederholten Zahlungsaufforderungen der Kasse nicht im unklaren sein. Auch war für ihn nicht wohl ein Zweifel darüber möglich, daß durch die Auferlegung des Doppelten der Beitragsrückstände die davon unabhängige Pflicht zur Zahlung des einfachen Betrags der Rückstände (§ 13 Abs. 4 Satz 1 der Satzung, § 531 Abs. 1 RVO.) nicht berührt wurde. Denn das Versicherungsamt hatte ihn in der Verfügung vom 20. Oktober 1914 ausdrücklich darauf hingewiesen, daß der Magistrat die rückständigen Beiträge in Höhe von 16,23 M. (mit Mahngebühr 16,43 M.) demnächst zwangsweise von ihm beitreiben werde. Bestanden gleichwohl noch Zweifel bei dem Beschwerdeführer, so hätten sie durch eine einfache Anfrage bei der Kasse beseitigt werden können. Im übrigen ist der Vorstandsbeschluß nach den Feststellungen des Oberversicherungsamts ordnungsmäßig zustande gekommen.

---

§ 169 RVO. setzt nicht voraus, daß die Beschäftigten Beamte oder in beamtenähnlicher Stellung sind.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 4. März 1916 (2206 Amtl. Nachr. 1916 S. 519).

Die Fortifikation D. hat die im August 1914 eingezogenen Befestigungsarbeiter zunächst nicht bei der Ortskrankenkasse angemeldet. Sie war der Ansicht, daß diese Arbeiter gemäß § 169 RVO. versicherungsfrei seien. Denn es sei ihnen infolge der Verfügung der Kommandantur D. vom 31. Oktober 1913 in Verbindung mit dem Erlasse des Königl. Preuß. Kriegsministeriums vom 16. September 1913 eine ausreichende Krankenfürsorge gewährleistet. Nachdem ein weiterer Erlaß des Kriegsministeriums vom 7. Oktober 1914 darauf hingewiesen hatte, daß es im allgemeinen wünschenswerter sei, die krankenversicherungspflichtigen Befestigungsarbeiter bei der zuständigen Krankenkasse zu versichern als ihnen durch die Militärbehörde, die nach § 169 der Reichsversicherungsordnung erforderliche Krankenfürsorge selbst zu gewähren, hat die Fortifikation D. die Befestigungsarbeiter am 19. Oktober 1914 bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse D. angemeldet. Diese meint, daß die Befestigungsarbeiter bereits im August 1914 hätten angemeldet werden müssen, da § 169 auf sie nicht zuträfe. Dementsprechend hat sie beim Versicherungsamte beantragt, die Fortifikation D. zur Nachzahlung der Beiträge zu verurteilen. Das Versicherungsamt D. hat in diesem Sinne erkannt. Das Reichsversicherungsamt, an das die Sache nach §§ 1799 1693 RVO. gelangt ist, hat aber die Entscheidung aufgehoben und die Kasse abgewiesen aus folgenden Gründen:

Zunächst verkennt das Versicherungsamt den Inhalt des Erlasses des Kriegsministeriums vom 7. Oktober 1914. Er enthält keine Anerkennung der Versicherungspflicht der Befestigungsarbeiter, sondern weist die Kommandantur nur darauf hin, daß es im allgemeinen nach den gewonnenen Erfahrungen zweckmäßiger erscheine, von der eigenen Gewährung der Krankenfürsorge abzusehen und die Befestigungsarbeiter der zuständigen Krankenkasse zuzuweisen. Infolgedessen hat die Fortifikation D. auch die Weitergewährung der Krankenfürsorge eingestellt und die Befestigungsarbeiter bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse D. angemeldet. Ein solches Verfahren ist nicht zu beanstanden. Es steht dem Arbeitgeber selbstverständlich frei, die Gewährung der die Befreiung nach § 169 RVO. bewirkenden Fürsorge einzustellen. Das hat zur Folge, daß mit Wegfall der zur Befreiung nach § 169 führenden Tatumstände auch die Befreiung selbst aufhört und ohne weiteres die Versicherungspflicht bei der zuständigen Krankenkasse eintritt. Deshalb ist die Tatsache, daß die Befestigungsarbeiter am 14. Okt. 1914 bei der zuständigen Ortskrankenkasse angemeldet worden sind, nicht von Bedeutung dafür, ob auch vor dem 14. Oktober 1914 Versichesicherungspflicht bestand. Für diese Frage ist lediglich entscheidend, ob die Voraussetzungen des § 169 erfüllt waren. Das ist zu bejahen. Zunächst steht unbestritten fest, daß eine ausreichende Fürsorge durch den Erlaß der Kommandantur vom 31. Oktober 1913 gewährleistet worden war. Die Annahme des Versicherungsamts, daß eine Befreiung nach § 169 nur bei Beamten oder bei Personen in beamtenähnlicher Stellung erfolgen könne, ist nicht zutreffend. Das Reichsversicherungsamt hat bereits in der Entsch. 1925 (Amtl. Nachr. 1914 S. 777) für § 1234 RVO. (Befreiung auf dem Gebiete der Inval.- und Hinterbliebenenversicherung) ausgesprochen, daß seine Anwendung weder das Vorliegen eines Beamtenverhältnisses noch eines beamtenähnlichen Verhältnisses voraussetze. Es sei vielmehr, wie in der Begründung zur Reichsversicherungsordnung (S. 390) ausdrücklich hervorgehoben werde, für die Befreiung gleichgültig, ob die Beschäftigung auf Grund eines öffentlich- oder eines privatrechtlichen Verhältnisses

stattfinde, sofern nur ausreichende Gewährleistung der erforderlichen Anwartschaft feststehe. Unerheblich sei auch, ob die Sicherstellung durch dienstpragmatische Vorschriften oder in anderer Weise erfolgt sei. In Uebereinstimmung hiermit wird in Ziff. 26 der Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 bemerkt, daß der Beschäftigte, um nach § 1234 versicherungsfrei zu sein, in ähnlichem Maße wie ein Beamter in seinen Versorgungsansprüchen gesichert sein müsse. Diese für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (§ 1234) ausgesprochenen Grundsätze gelten auch für § 169, — die entsprechende Vorschrift der Krankenversicherung. Der gleiche Wortlaut in § 169 und § 1234 „in Betrieben ..... Beschäftigten" und die Entstehungsgeschichte der Vorschriften (zu vgl. insbesondere Begr. S. 148, Kommissionsber. 2 S. 24) lassen erkennen, daß nach der Absicht des Gesetzgebers der Kreis der wegen anderweiter ausreichender Versorgung von der Versicherungspflicht Befreiten in der Krankenversicherung und in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der gleiche sein sollte. Unwesentlich ist es somit auch für die Anwendung des § 169, ob der Beschäftigte ein Beamter ist oder sich in beamtenähnlicher Stellung befindet. Erforderlich ist lediglich, daß er wegen seiner Ansprüche im Erkrankungsfalle ausreichend gesichert ist. Das war aber vorliegend der Fall. Da auch die übrigen Erfordernisse des § 169 unstreitig erfüllt sind, so waren die Befestigungsarbeiter auf Grund des § 169 versicherungsfrei, und es bestand zunächst weder eine Verpflichtung zur Anmeldung noch eine Pflicht zur Beitragszahlung. Erst mit dem Zeitpunkt, an dem die Gewährung der ausreichenden Fürsorge eingestellt wurde, trat die Versicherungspflicht ein. Dann hat auch die Fortifikation D. sofort die Anmeldung bei der Krankenkasse und die Beitragszahlung bewirkt. Die Kasse hat demnach keine weitergehenden Ansprüche gegen die Behörde. Die Entscheidung des Versicherungsamts war daher aufzuheben und die Kasse mit den erhobenen Ansprüchen auf Nachzahlung von Beiträgen abzuweisen.

Die Angestellten einer Betriebskrankenkasse sind bei dieser zu versichern.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 24. März 1916 (2208 Amtl. Nachr. 1916 S. 522).

Der vorliegende Streit ist nicht, wie das Oberversicherungsamt annimmt, nach § 405 Abs. 2 RVO., sondern nach § 258 Abs a. a. O. zu entscheiden. Denn es handelt sich nicht um einen Streit zwischen Versicherten oder Arbeitgebern und einer Kasse über das Versicherungsverhältnis. Vielmehr streiten hier zwei Kassen darüber, welcher von ihnen Betriebe oder Betriebsteile angehören (zu vgl. Entsch. 1916 Amtl. Nachr. 1914 S. 764, insbes. letzter Abs.). Gleichwohl ist die Abgabe an das Reichsversicherungsamt gerechtfertigt, da auch nach § 258 Abs. 1 a. a. O. auf Beschwerde das Oberversicherungsamt endgültig zu entscheiden hätte.

Für die Entscheidung der hier streitigen Frage, ob die für die Geschäfte einer Betriebskrankenkasse erforderlichen nach § 362 Abs. 1 RVO vom Arbeitgeber bestellten, in Abs. 2 als Angestellte der Betriebskrankenkasse bezeichneten Personen bei der Betriebskrankenkasse oder bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse (gegebenenfalls Landkrankenkasse) zu versichern sind, fällt nicht ausschlaggebend ins Gewicht, daß sie nicht Angestellte der Kasse, sondern des Arbeitgebers sind (Entsch. 2164, Amtl. Nachr. 1916 S. 378). Denn nicht alle, sondern nur die in dem Betriebe, für den die Betriebskrankenkasse errichtet ist, vom Arbeitgeber versicherungspflichtig Beschäftigten gehören der Betriebskrankenkasse als Mitglieder an. Entscheidend ist vielmehr nach § 245 Abs. 3 allein, ob die für die Kassengeschäfte Angestellten als in dem Betriebe, für den die Betriebskrankenkasse errichtet ist, beschäftigt gelten können. Diese Frage war zu bejahen. Richtig ist zwar, daß die Betriebskrankenkassen, worauf schon die Beschwerdeführerin besonders hingewiesen hat, als Versicherungsträger eine weitgehende Selbstständigkeit genießen. Sie sind rechtsfähig (§§ 3, 4 RVO.) und haben eine besondere, von dem Betriebe des Arbeitgebers getrennte Verwaltung, an der der Arbeitgeber, kraft seiner Zugehörigkeit zu den Kassenorganen, nur mitbeteiligt ist (§§ 5, 327, 338, 342 ff.). Ihr Vermögen wird nicht vom Arbeitgeber, sondern von den Kassenorganen nach zwingenden gesetzlichen Vorschriften verwaltet (§§ 25 ff., 363 ff., zu vgl. Entsch. 2133, Amtl. Nachr. 1915 S. 812). Auch unterstehen sie besonderer staatlicher Aufsicht (§§ 30 ff., 377 ff.). Trotz dieser rechtlichen Selbständigkeit und getrennten Verwaltung bleiben aber die Betriebskrankenkassen Betriebseinrichtungen. Denn sie dienen lediglich den Zwecken des Betriebs, und die Personen, welche die Kassengeschäfte besorgen, werden ausschließlich für den Betrieb tätig. Bei Beantwortung der Frage, wer im Sinne des § 245 Abs. 3 „im Betriebe beschäftigt" ist, darf nämlich kein zu enger Maßstab angelegt werden. Das ergibt sich schon aus der Begr. S. 173 zu § 257 des Entw. (jetzt § 245). Dort heißt es, daß „der Betriebskrankenkasse, unabhängig von einer entsprechenden Bestimmung des Arbeitsvertrags oder der Arbeitsordnung, alle Versiche-

rungspflichtigen angehören, die im Betriebe, d. h. in dem Betrieb oder den Betrieben oder auch für den Betrieb als Heimarbeiter beschäftigt sind". Zum Betriebe gehören also auch solche Tätigkeiten, welche die Zwecke des Betriebs nur mittelbar fördern und von Personen verrichtet werden, die den technischen Verrichtungen fernstehen (zu vgl. Hoffmann, Kommentar Anm. 11 zu § 245). Zu diesen mittelbar fördernden Tätigkeiten ist die der Angestellten der Betriebskrankenkasse zu rechnen. Es kommt hinzu, daß die Betriebskrankenkasse mit dem Betriebe, für den sie errichtet ist, wirtschaftlich und organisch aufs engste verbunden ist. Die Kassenangestellten üben ihre Tätigkeit in der überwiegenden Anzahl der Fälle nur nebenamtlich aus und werden vom Arbeitgeber in der Hauptsache mit anderen Arbeiten des Betriebs beschäftigt.. Aber auch wo das nicht der Fall ist, sind ihnen regelmäßig noch Arbeiten aus anderen Versicherungsgebieten (Invaliden- und Hinterbliebenen-, Unfall-, Angestelltenversicherung) oder die Verwaltung von Wohlfahrtseinrichtungen, wie sie sich in vielen größeren Betrieben finden, überwiesen. Die Betriebskrankenkasse bildet also keinen Fremdkörper in dem Gesamtbetriebe, sondern gliedert sich organisch in ihn ein. Sie ist nicht anders zu behandeln als ein kaufmännisches Bureau, das mit einer Fabrik verbunden ist und dessen Angestellte zweifellos der für diese errichteten Betriebskrankenkasse zugehören. Wenn Hoffmann, der in dem Aufsatz „Die Angestellten der Betriebskrankenkassen" (Betriebskrankenkasse 1916 S. 25 ff.) die gegenteilige Ansicht vertritt, auf S. 27 a. a. O. für die völlige Trennung der Kasse von dem Betriebe des Unternehmers geltend macht, daß die Kasse, wenn der Betrieb eingeht, selbständig fortbesteht, bis sie geschlossen wird, so ist das nur eine Folge der Rechtspersönlichkeit der Kasse, hat aber für die vorliegende Frage keine Bedeutung. Die Angestellten einer Betriebskrankenkasse haben vielmehr als im Betriebe des Unternehmers beschäftigt zu gelten.

Nicht anders liegt die Sache bei den Angestellten einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse. In tatsächlicher Beziehung ergeben sich zwar aus der Eigenart dieser Kassen insofern gewisse Unterschiede, als es sich hier um mehrere Betriebe handelt und die Kasse mit diesen äußerlich nicht so eng verbunden sein kann wie mit einem Einzelbetriebe. Es wird regelmäßig, wie im vorliegenden Falle, ein gesondertes Bureau gehalten werden, in dem die Geschäfte der Betriebskrankenkasse zu erledigen sind. Rechtlich hat das aber keine Wirkungen, die zu einer abweichenden Beurteilung führen müßten. Vielmehr ist davon auszugehen, daß lediglich an die Stelle des einzelnen Unternehmers mehrere Arbeitgeber mit mehreren Betrieben treten und daß die Kassenangestellten demgemäß als in sämtlichen Betrieben, für die die Kasse errichtet ist, beschäftigt anzusehen sind. Das hat zur Folge, daß sie soweit sie krankenversicherungspflichtig sind, der gemeinsamen Betriebskrankenkasse als Mitglieder angehören. Hiermit stimmt die Satzung der gemeinsamen Betriebskrankenkasse für die Maschinenfabriken und Gießereien der Stadt Ch. überein, indem sie in § 1 Abs. 2 vorschreibt, daß die Kasse außer den aufgeführten Betrieben auch die Kassenverwaltung umfaßt. Die Beschwerde ist deshalb unbegründet.

Anspruch der Ehefrau eines in Feindesland zurückgehaltenen Dienstpflichtigen auf Kriegswochenhilfe.

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 10. April 1916 (2203 Amtl. Nachr. 1916 S. 516).

Die Klägerin, deren Ehemann bei einer Betriebskrankenkasse der Maschinenfabrik und Gießerei in E.-B. seit Jahren versichert war, aber seit Ausbruch des Krieges in Rußland gefangen gehalten wird, hat aus Anlaß ihrer Entbindung am 1. Januar 1915 die Kriegswochenhilfe gemäß der Bek. v. 3. Dezember 1914 beantragt und, da die Kasse den Antrag ablehnte, die Entscheidung des Versicherungsamts angerufen. Dieses hat den Anspruch abgewiesen. Auf Berufung der Klägerin hat das Oberversicherungsamt die Sache nach § 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben, indem es sich der Ansicht des Versicherungsamts anschloß (Arb.Vers. 1915 S. 718).

Das Reichsversicherungsamt hob die Entscheidung auf und gab dem Anspruch statt aus folgenden Gründen:

Nach § 1 Nr. 1 der Bek. des Reichskanzlers, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 wird Wöchnerinnen während der Dauer des gegenwärtigen Krieges aus Mitteln des Reichs eine Wochenhilfe gewährt, wenn ihre Ehemänner

1. in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten oder an der Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert sind und
2. vor Eintritt in diese Dienste auf Grund der Reichsversicherungsordnung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse in den vergangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen gegen Krankheit versichert waren.

Es herrscht Streit darüber, ob die Voraussetzungen der Nr. 1 des vorgenannten Paragraphen hier gegeben sind.

Zu dieser Frage ist außer in der bezeichneten Auskunft in der Arbeiter-Versorgung, in der im Hinblick auf die Worte in § 1 Nr. 2 „vor Eintritt in die Dienste" diese Frage verneint ist,

noch mehrfach in der Literatur Stellung genommen. Krause, Kriegswochenhilfe, Anm. 14 zu § 1 der genannten Bekanntmachung, bezeichnet sie als zweifelhaft, glaubt sie aber doch verneinen zu sollen; v. Frankenberg hat in der Ortskrankenkasse 1915 Sp. 93 die Frage bejaht im wesentlichen im Hinblick auf die Erwägung, daß der Bundesrat auch den Angehörigen solcher Zivilgefangenen die auf Grund des Gesetzes, betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften, gewährten Unterstützungsansprüche zugesprochen hat. Mayer hat in der Ortskrankenkasse 1915 Sp. 41 die Frage ebenfalls unter Hinweis darauf bejaht, daß diese Ehemänner, soweit sie zum Heeresdienst aufgeboten sind, zu denen gehören, die an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Gefangennahme verhindert seien, daß die Bekanntmachung ihrem sozialen Geiste entsprechend nicht engherzig ausgelegt werden dürfe. Dieser Auffassung hat sich auch der erkennende Senat angeschlossen. Es ist zwar nicht zu verkennen, daß der Wortlaut des § 1 der bezeichneten Bekanntmachung und insbesondere die Worte in Nr. 2 „vor Eintritt in diese Dienste" dieser Auffassung entgegenzustehen scheinen. Dem Wortlaut glaubt aber der erkennende Senat keine entscheidende Bedeutung beilegen zu dürfen, da es sich hier nicht um ein hinsichtlich der Ausdrucksweise eingehend beratenes Gesetz, sondern um eine aus Anlaß des Krieges im Hinblick auf die Dringlichkeit des Gegenstandes verfaßte Notverordnung handelt, die auch sonst bereits wegen der Zweifelhaftigkeit ihrer Fassung zu mehrfachen Erläuterungen Anlaß gegeben hat. Jedenfalls läßt auch § 1 Nr. 1 ohne Zwang die Deutung zu, daß hiervon auch solche Personen erfaßt werden sollen, die in diesem Kriege durch Gefangennahme an der Leistung von Kriegsdiensten verhindert sind, wenn sie zur Leistung solcher Dienste verpflichtet gewesen wären.

Streit über die Löschung eines Unständigen im Mitgliederverzeichnis. Beginn der Frist für die Weiterversicherung.

Entscheidungen a) des Versicherungsamts Hamburg vom 22. Oktober 1915 (1992/15); b) des Reichsversicherungsamts vom 27. Mai 1916 (II K. 92/16).

a)

Der unständige Hafenarbeiter B., welcher früher einer eingeschriebenen Hilfskasse angehört hatte, ließ sich am 1. Januar 1914 in das Mitgliederverzeichnis der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg für unständig Beschäftigte eintragen und gehört von da ab unstreitig als solcher der Allgemeinen Ortskrankenkasse an. Wie seine Ausweiskarten ergeben, waren bis zum Juli 1914 wöchentlich noch regelmäßig drei bis vier Tagesmarken
hoff in „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 123 ff.
der Arbeitgeber verwendet.*) B. war bis dahin ungefähr noch in gleichem Umfange tätig wie gewöhnliche andere Hilfsarbeiter im Hamburger Hafen. Von diesem Zeitpunkt ab wurde seine Beschäftigung sehr unregelmäßig. Von August bis Dezember 1914 sind keine Tagesmarken verwendet worden. Im Januar 1915 hat er nach seiner Ausweiskarte an 5 Tagen, im Februar an 7 Tagen noch gearbeitet. Von da an bis Ende Juli 1915 sind überhaupt keine Tagesmarken mehr verwendet worden. Ende Juli hat er die letzte Karte umgetauscht. Hierbei erklärte er die Nichtverwendung von Marken damit, daß er infolge seines hohen Alters seit längerer Zeit nicht mehr imstande sei zu arbeiten. Nunmehr verweigerte ihm die Ausgabestelle für die Ausweiskarte die Ausstellung einer neuen Karte, weil sie annahm, daß er nicht nur vorübergehend die Lohnarbeit aufgegeben habe. Gleichzeitig wurde er von der Kasse im Mitgliederverzeichnisse gelöscht. Da nach den Ausweiskarten zuletzt am 22. Februar eine Tagesmarke geklebt war, nahm die Kasse an, daß er seit diesem Tage nicht mehr gearbeitet habe und verlegte die Löschung rückwirkend auf den 22. Februar 1915. B. erhob Widerspruch gegen seine Löschung und erklärte für den Fall, daß er mit Recht aus dem Verzeichnis gelöscht wäre, gleichzeitig seine freiwillige Weiterversicherung. Die Kasse lehnte auch seine weitere Führung als freiwillig versichertes Mitglied ab, indem sie sich auf den Standpunkt stellte, daß er mit dem 22. Februar 1915 bereits ausgeschieden sei und die Erklärung der Weiterversicherung somit nicht innerhalb der dreiwöchigen Frist des § 313 RVO. abgegeben sei. Gegen dieses Verfahren hat B. am 2. August 1915 beim Versicherungsamt Widerspruch erhoben und beantragt, zu entscheiden, daß die Löschung zu Unrecht erfolgt und er noch versicherungspflichtiges Mitglied der Kasse sei, gegebenenfalls aber wenigstens festzustellen, daß er zur Weiterversicherung berechtigt und somit freiwilliges Mitglied der Kasse geworden sei. Die Kasse hat um Abweisung der Anträge gebeten. Das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) hat durch Entscheidung vom 22. Oktober 1915, auf deren Inhalt im übrigen Bezug genommen wird, dahin erkannt, daß der Antragsteller berechtigt gewesen sei vom 31. Juli 1915 binnen einer Frist von 3 Wochen seine freiwillige Weiterversicherung zu erklären und daher freiwilliges Mitglied der Kasse geblieben sei.

Gründe:

In erster Linie war zu prüfen, ob der Antragsteller mit Recht in dem Verzeichnis der versicherungspflichtigen unständigen Arbeiter gelöscht ist. Sachliche Voraussetzung der Versicherungspflicht ist rechtsgrundsätzlich auch bei unständigen Arbeitern dauerndes Verrichten von Lohnarbeiten in erheblichem Umfange (vgl. §§ 168, 442 RVO.). Das Versicherungsverhältnis der unständig Beschäftigten beruht aber nicht wie bei den ständig beschäftigten Arbeitern auf einem einzelnen Arbeitsverhältnis zu einem bestimmten Arbeitgeber, mit dessen Beginn und Ende die Versicherung steht und

---

*) Zu vgl. über diese Art der Beitragserhebung und überhaupt über die besondere Regelung der Krankenversicherung Unständiger in Hamburg: Arb.Vers. 1913 S. 828 und hierzu Sonderhoff in „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 123 ff.

fällt, sondern Voraussetzung des Versicherungsverhältnisses ist bei ihnen die Berufszugehörigkeit zu den Gelegenheits- oder Hilfsarbeitern, die regelmäßig zwischen verschiedenen Arbeitgebern nach kurzer und weniger als eine Woche dauernder Arbeit wechseln und bei der Natur ihrer Arbeit und den Verhältnissen des Arbeitsmarktes häufig für kürzere oder längere Zeit ohne Arbeit sind. Die daraus sich ergebenden Schwierigkeiten bei der Versicherung der Unständigen konnten daher nur dadurch praktisch gelöst werden, daß ihre Kassenzugehörigkeit sich nicht nach ihrem stets wechselnden Arbeitgeber oder Beschäftigungsort, sondern lediglich nach ihrem bleibenden Wohnort richtet und (§ 442 Abs. 1), und daß der unständige Arbeiter Mitglied der Kasse auch während der Zeiten bleibt, in denen er beim regelmäßigen Wechsel von Arbeitsstelle zu Arbeitsstelle zeitweilig arbeitslos ist. Diese regelmäßig bei den unständigen Arbeitern vorkommenden Zeiten der Arbeitslosigkeit hat der Gesetzgeber im Auge, wenn er in § 446 bestimmt, daß der Versicherte Mitglied bleibt, „auch während der Zeit, in der er vorübergehend nicht gegen Entgelt beschäftigt ist“, und wenn er in der Umkehrung dieses Satzes in § 447 vorschreibt, daß der Versicherte gelöscht wird, wenn er „die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgegeben hat.“ Aus diesen nach Entstehung, Zweck und Inhalt klaren Vorschriften ergibt sich ohne weiteres, daß außergewöhnlich lange Zeiten der Arbeitslosigkeit — und zwar außergewöhnlich in dem Beruf und dem örtlichen Arbeitsgebiet des Arbeiters — nicht als vorübergehende Arbeitsunterbrechungen, wie sie regelmäßig bei solchen unständigen Arbeitern vorkommen, gelten können. Nach den Arbeitsverhältnissen im Hamburger Hafen muß daher angenommen werden, daß unständige Hafenarbeiter, die mehr als vier Wochen hindurch keine Arbeit gefunden haben, jedenfalls nicht mehr „vorübergehend beschäftigungslos“ im Sinne dieser Vorschriften sind. Umsomehr gilt dies in diesem Falle, wo offenbar der hochbetagte verbrauchte Arbeiter zunächst infolge der Kriegsarbeitslosigkeit, dann aber infolge seines körperlichen Zustandes vom August 1914 an bis jetzt — mit Ausnahme von 12 Tagen im Januar und Februar 1915 — keine Arbeit mehr gefunden oder gesucht hat. Geht man davon aus, daß schon ein Zeitraum von mehr als vier Wochen nicht mehr als eine Zeit „vorübergehender Beschäftigungslosigkeit“ gelten kann, so wäre die Kasse gemäß § 447 Abs. 2 berechtigt gewesen, bereits am 26. Oktober 1914, als B. seine Karte zum Umtausch einreichte und aus ihrem Inhalt die lange Arbeitslosigkeit ohne weiteres hervorging, ihn aus dem Mitgliederverzeichnis zu löschen. Jedenfalls war sie also dazu am 31. Juli 1915 berechtigt als aus der letzten Karte sich ergab, daß er auch im letzten Vierteljahr überhaupt keine Lohnarbeiten mehr verrichtet hat, was er auch selbst zugibt.

Die Löschung des Antragstellers in dem Verzeichnis der versicherungspflichtigen unständigen Arbeiter war somit zu Recht erfolgt und der dagegen sich richtende Widerspruch unbegründet. Dagegen erschien der Antrag auf Feststellung berechtigt, daß B. durch seine bei der Löschung abgegebene Erklärung der freiwilligen Weiterversicherung, obschon diese erst lange nach der Aufgabe der Lohnarbeit abgegeben ist, Mitglied der Kasse gemäß §§ 313, 447 Abs. 3 geblieben ist. Denn die Löschung durfte in diesem Falle nicht mit Wirkung auf einen früheren Zeitpunkt als den Tag der Löschung erfolgen. Das Versicherungsamt ist der Ansicht, daß in den Fällen nicht bloß vorübergehender, also andauernder Arbeitslosigkeit die Kassenmitgliedschaft als formales Versicherungsverhältnis solange fortdauert, bis das Mitglied tatsächlich und mit Recht gelöscht wird.

Die Frage, ob das Versicherungsverhältnis der Unständigen kraft der formellen Wirkung der Eintragung in das Mitgliederverzeichnis bis zur formellen Löschung fortdauere, ohne Rücksicht darauf, ob die sachlichen Voraussetzungen der Versicherungspflicht bereits vorher fortgefallen sind, ist allerdings in der Literatur streitig. Hahn in seinem Handb. (8. und 9. Aufl. Anm. 3 zu § 442 S. 732) will der Eintragung nur in dem negativen Sinne eine formelle Wirkung zugestehen, daß die Kassenmitgliedschaft nicht ohne die Eintragung entstehen kann, daß aber im übrigen die Mitgliedschaft trotz der Eintragung nicht als zu Recht bestehend anerkannt werden kann, wenn die sachlichen Voraussetzungen für die Eintragung oder Mitgliedschaft nicht gegeben waren oder wenn sie nachträglich fortgefallen sind. Demgemäß schreibt er der Löschung, auch wenn die Voraussetzungen der Versicherung noch fortbestehen sollten, mit anderen Worten, wenn sie zu Unrecht erfolgt ist, auch die Wirkung zu, daß sie trotzdem die Mitgliedschaft zum Erlöschen bringt (a. a. O. Anm. 2 zu § 447 S. 735). Logisch erscheint es richtig, daß, wenn nur das Zusammentreffen des materiellen und des formalen Elements, die sich auf beiden Elementen aufbauende Versicherung begründet, der Wegfall auch nur eines der beiden Elemente, mag es das sachliche, mag es das formelle sein, die Versicherung aufheben muß. Die tatsächliche Regelung aber beruht nicht auf logischen Erwägungen und Postulaten, sondern auf sozialen und verwaltungstechnischen Zweckgedanken. Es wäre aber aus diesen heraus nicht zu verstehen, wenn die zu Unrecht erfolgende Löschung den Verlust der Mitgliedschaft trotzdem herbeiführen sollte; würde diese Ansicht doch alsdann nicht

einmal eine richterliche Nachprüfung und Wiederherstellung der Mitgliedsrechte zulassen. Die Fassung des § 447 Abs. 2, in dem die Löschung ausdrücklich nur unter der Bedingung, daß der Erlöschensgrund tatsächlich gegeben ist, zugelassen wird, dürfte auch ohne weiteres die gegenteilige Absicht des Gesetzgebers erhellen. Es wird auch allerdings hier angenommen, daß die Eintragung, wenn die sachlichen Voraussetzungen für den Erwerb der Mitgliedschaft von vornherein nicht gegeben waren, der Eingetragene also z. B. gar kein unständiger, sondern ständiger Arbeiter war, die Mitgliedschaft nicht begründen kann, wenn nicht die Kasse die Eintragung nach Prüfung der Verhältnisse gemäß §§ 443, 444 von Amts wegen vorgenommen hat. Wenn aber die Eintragung, wie in diesem Falle, materiell zu Recht erfolgt ist, so muß sie auch die positive Wirkung äußern, daß die Mitgliedschaft bis zum Zeitpunkt der Löschung fortbesteht, soweit nicht besondere gesetzliche Vorschriften und Zusammenhänge des Rechtssystems etwas anderes notwendig ergeben. Es wäre andernfalls nicht zu verstehen, weshalb über die Löschung und ihre Voraussetzungen so eingehende Vorschriften gegeben sind, wenn nicht der Eintragung eine weitergehende formelle Wirkung für die Dauer zukäme. Dieselben Erwägungen, welche in der Unfallversicherung zu der Lehre von der formellen Wirkung der Katastereintragung geführt haben, treffen auch hier zu. Die Löschung soll nur nach Prüfung und unter Glaubhaftmachung der Erlöschungsgründe erfolgen. Sie kann und muß auch von Amts wegen erfolgen, wenn die Voraussetzungen der Löschung „festgestellt" sind. Wenn die Eintragung rechtlich so bedeutungslos wäre, daß sie überhaupt nicht zu beachten ist, wenn ihre sachlichen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, so wären diese Bestimmungen überflüssig und böten für die Versicherten keine ausreichende Sicherheit des durch Eintragung zustandegekommenen Versicherungsverhältnisses. Es kann nicht angenommen werden, daß das Erfordernis der Eintragung nur zugunsten der Kasse, nicht auch zugunsten der Versicherten wirken soll. Sie müssen sich bei rechtmäßiger Eintragung auch als Mitglieder betrachten können, solange sie nicht gelöscht werden. In zwei Fällen muß allerdings die Mitgliedschaft auch ohne Löschung ihr Ende erreichen, einmal bei Erwerb einer anderen Kassenmitgliedschaft, und zwar nach der allgemein gültigen Vorschrift des § 312 und zweitens im Falle des Todes nach allgemeinen Grundsätzen des Versicherungsrechts. Im übrigen aber zwingt die Konstruktion dieser auf der Eintragung beruhenden Versicherung dazu, ihre Fortdauer anzunehmen bis die Eintragung durch die Löschung wieder beseitigt wird. Derselben Ansicht sind auch Olshausen (Kommentar von Laß-Olshausen-Wehmann Anm. 1 zu § 447 S. 364), Schäffer (Kommentar von Köhler-Biesenberger usw. Anm. 1 zu § 447) sowie Franckenberg (Kommentar von Düttmann-Appelius usw. (Anm. 1, 2 zu § 447).

Daß der Fortbestand des rechtmäßig begründeten Versicherungsverhältnisses bis zur Löschung gerade bei länger dauernder Arbeitslosigkeit bei der gesetzlichen und praktischen Durchführung der Versicherung unbedingt erforderlich ist, zeigt dieser Fall sehr deutlich. Der Zeitpunkt, mit welchem die Arbeitslosigkeit aufhörte eine vorübergehende zu sein und zur Löschung berechtigte, ließ sich selbst nachträglich nicht genau feststellen. In diesem Falle kann man ihn schon in die letzte Woche des August 1914 verlegen. Dabei ist hier in Hamburg, wo das System der Markenverwendung durch die Arbeitgeber besteht, die zuverlässige Feststellung der Arbeitstage und der arbeitslosen Tage noch möglich. Bei dem gesetzlichen Verfahren der Beitragsentrichtung ist das aber in der Regel ausgeschlossen, wenn nicht der Versicherte selbst wahrheitsgetreu seine Arbeitsleistungen und Arbeitsstellen angibt. Kaum jemals wird der Versicherte bei längerer Arbeitslosigkeit sich selbst gemäß § 447 Abs. 1 abmelden. Von Amts wegen kann die Löschung aber stets erst nachträglich erfolgen, nachdem ihre Zulässigkeit festgestellt ist, die Arbeitslosigkeit also schon längere Zeit bestanden hat. Der arbeitslose (wie auch der sonst versicherungsfrei gewordene oder aus dem Kassenbezirk verzogene Versicherte hat aber das Recht der freiwilligen Weiterversicherung nach Maßgabe des § 313 RVO. Wenn der Gesetzgeber in § 447 Abs. 3 ihm dies Recht ausdrücklich zugesteht, dann will er ihm auch die Möglichkeit geben, dies Recht auszuüben. Die Fristberechnung nach § 313 erfordert aber die sichere, auf den Tag genaue Bestimmung des Ausscheidens aus dem Pflichtversicherungsverhältnis. Diese ist in den Fällen längerer Arbeitslosigkeit unmöglich, auch in anderen Fällen eintretender Versicherungsfreiheit (infolge Berufswechsels, Aufgabe der Lohnarbeit usw.) zumeist praktisch ausgeschlossen. Würde man vollends — wie hier — erst nach einer drei Wochen weit übersteigenden Zeit das Erlöschen der Mitgliedschaft feststellen, so wäre die Ausübung des Rechtes der Weiterversicherung überhaupt nicht mehr möglich. Schon aus diesem Grunde bleibt nichts anderes übrig, als die Berechtigung zur Weiterversicherung in den Fällen des § 447 an den Zeitpunkt der Löschung zu knüpfen und der Eintragung somit eine das Versicherungsverhältnis aufrechterhaltende Wirkung bis zur Löschung zuzuerkennen. Der Begründung zum Entwurf der Reichsversicherungsordnung (S. 234), in der gesagt wird, daß die Mitgliedschaft auch dann erlischt, wenn die

Löschung im Verzeichnis zu Unrecht unterbleibt, kann gegenüber diesen zwingenden aus dem Gesetz und der Vernunft der Sache abgeleiteten Erwägungen keine Bedeutung beigelegt werden.

Danach war also eine Rückdatierung der Löschung in dem streitigen Falle unzulässig. Die Mitgliedschaft erlosch erst mit dem Tage des Löschens, dem 31. Juli, und da der Antragsteller an diesem Tage seine Weiterversicherung erklärt hat, so war er gemäß § 313 RVO. Mitglied der Kasse geblieben.

b)

Auf Beschwerde der Kasse hat das Oberversicherungsamt die Sache gemäß §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben, weil es sich um die grundsätzliche Frage handle, ob die Löschung im Mitgliederverzeichnis mit rückwirkender Kraft erfolgen dürfe, wenn die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgegeben sei. Dabei hat sich das Oberversicherungsamt in verneinendem Sinne geäußert.

Das Reichsversicherungsamt hat hierauf die Beschwerde gegen die Entscheidung des Versicherungsamts als unbegründet zurückgewiesen mit folgender Begründung:

Für die Entscheidung der vorliegenden Streitsache kommt die Vorschrift des § 447 RVO. in Betracht. Dort ist in Abs. 1 und 2 zunächst vorgeschrieben, unter welchen Voraussetzungen der Versicherte im Verzeichnisse gelöscht wird. In Abs. 3 hat der Gesetzgeber die freiwillige Fortsetzung der Versicherung seitens der unständig Beschäftigten erschöpfend geregelt. Hiernach kann, wer gelöscht wird, nach § 313 Mitglied bleiben. In § 313 Abs. 2 ist für die Fortsetzung der Versicherung eine dreiwöchige Frist festgesetzt. Eine gleiche Frist muß daher auch für die unständig Beschäftigten gelten. Es fragt sich, von wann ab diese Frist zu laufen beginnt. Die Absicht der bezeichneten Vorschrift ist offenbar, die fortlaufende Versicherung der unständig Beschäftigten möglichst zu sichern. Soll dies erreicht werden, so kann als frühester Zeitpunkt für den Beginn der Frist nur der Tag der Löschung in Betracht kommen (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 447 RVO. Wollte man den Zeitpunkt, von dem ab die Löschung erfolgt, als maßgebend ansehen, so wäre, wenn die Löschung mit rückwirkender Kraft vorgenommen wird, dem Versicherten die Innehaltung der dreiwöchigen Frist die Erklärung der Weiterversicherung vielfach nicht möglich. Hiernach ist vorliegend die Frist gewahrt. B. ist am 31. Juli 1915 im Verzeichnis gelöscht. Seine Erklärung, die Mitgliedschaft freiwillig fortzusetzen, muß spätestens in dem Antrage an das Versicherungsamt vom 2. August 1915 erblickt werden. Daß im übrigen B. am 31. Juli 1915 zu Recht im Verzeichnisse gelöscht wurde, kann nach dem Akteninhalt nicht zweifelhaft sein. Die Entscheidung des Versicherungsamts erwies sich daher als zutreffend. Somit war die Beschwerde der Kasse zurückzuweisen.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Zur Frage der Versicherungspflicht der Kriegsteilnehmer.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 11. Februar 1916 (P. 180/15).

Die Beschwerde ist soweit erledigt, als sie die Beiträge für die Zeit seit dem 1. September 1914 betrifft. Denn insoweit erkennt die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf Grund der Verordnung vom 26. August 1915 ihre Verpflichtung zur Rückerstattung der gezahlten Beiträge an. Im übrigen ist aber die Beschwerde begründet.

Streitig ist nur noch, ob auch für die Zeit vom 4. bis 31. August 1914 Beiträge zur Angestelltenversicherung zu entrichten sind. Diese Frage ist in Uebereinstimmung mit dem Schiedsgericht zu verneinen. Sie ist nicht etwa durch § 1 der Verordnung vom 26. August 1915, der nur von vollen Kalendermonaten spricht, im Sinne der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte entschieden denn aus § 1 a. a. O. folgt nur, daß die Zeiten des Kriegsdienstes, soweit sie in vollen Kalendermonaten bestehen, auf die Wartezeiten und bei Berechnung der Versicherungsleistungen an Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte als Beitragszeiten angerechnet werden, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Die Frage, ob der Angestellte für diese Zeiträume an sich versicherungspflichtig sein würde, ist damit nicht entschieden. Auch ist aus der angeführten Vorschrift nicht zu entnehmen, daß unter allen Umständen für den Kalendermonat, der nicht voll durch Kriegsdienste gedeckt ist, auch Beiträge zu entrichten sind. Ob dies zu geschehen hat, richtet sich vielmehr nach § 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, insbesondere nach Abs. 3 daselbst, hängt also von der Frage ab, ob die Kriegsteilnehmer auch noch nach ihrer Einberufung zum Heeresdienst als Angestellte gelten können, die gegen Entgelt beschäftigt werden.

Der Rentenausschuß nimmt an, daß diese Frage zu bejahen sei. Dem kann nicht beigetreten werden. Denn die Kriegsteilnehmer sind während des gegenwärtigen Krieges weder als Angestellte „beschäftigt", noch wird ihnen ein „Entgelt" gezahlt.

Was zunächst die Frage betrifft, ob die Kriegs-

teilnehmer auch während ihrer Einziehung zum Heeresdienst als bei ihrer früheren Arbeitgeberin „beschäftigt" zu gelten haben, so ist dem Rentenausschuß insofern zuzustimmen, als er den Begriff der Beschäftigung im Sinne des § 1 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte für nicht gleichbedeutend mit gegenwärtiger Arbeitsleistung hält. Es genügt also, um die in Rede stehende Voraussetzung des § 1 Abs. 3 zu erfüllen, daß ein Beschäftigungsverhältnis vorliegt. Ob dies der Fall ist, bestimmt sich nicht allein nach zivilrechtlichen Gesichtspunkten. Es ist also möglich, daß von einem solchen nicht mehr die Rede ist, obwohl das rechtliche Band zwischen dem Dienstherrn und dem bei ihm Beschäftigten noch nicht gelöst ist. Deshalb ist auch vorliegend nicht von entscheidender Bedeutung, daß das Dienstverhältnis nicht gekündigt ist. Vielmehr gehört zum Wesen des Beschäftigungsverhältnisses die Verfügungsmacht des Dienstherrn über seine Angestellten; dabei bleiben vorübergehende und kurzzeitige Verhinderungen des Dienstherrn in der Ausübung seiner Verfügungsmacht außer Betracht. Deshalb dauert das Beschäftigungsverhältnis auch dann fort, wenn der Angestellte durch Urlaub, militärische Uebungen, Wahrnehmung des Schöffen- oder Geschworenendienstes und dgl. vorübergehend an der Verrichtung von Diensten für seinen Dienstherrn verhindert ist. In allen derartigen Fällen kann nach dem regelmäßigen Lauf der Dinge auf den Wiedereintritt des Beschäftigten in das ungekündigte Dienstverhältnis nach Beendigung des Hinderungsgrundes in absehbarer Zeit gerechnet werden. Auch bei kürzerer Krankheit des Angestellten wird dasselbe gelten müssen.

Andere Grundsätze werden dagegen Platz greifen, wenn der Angestellte aller menschlichen Voraussicht nach auf lange Zeit hinaus dem Dienste des Arbeitgebers entzogen wird, wie dies bei seiner Einziehung zum Kriegsdienst der Fall ist. In solchen Fällen muß der Dienstherr damit rechnen, daß ihm die Arbeitskraft seines Angestellten vermutlich auf einen langen und unbegrenzten Zeitraum entzogen wird. Dies wird regelmäßig dazu führen, eine Ersatzkraft an die Stelle des behinderten Angestellten einzustellen. Bei solcher Sachlage wird nach der allgemeinen Auffassung der beteiligten Kreise ein tatsächliches Fortbestehen des Beschäftigungsverhältnisses nicht beabsichtigt. Daran ändert nichts der Umstand, daß der Dienstherr aus besonderem Entgegenkommen gegen den Angestellten diesem die Stellung nicht gekündigt, vielmehr ihm die Möglichkeit des Wiedereintritts nach Wegfall des Hinderungsgrundes offen gehalten hat.

Die gegenteilige Auffassung des Rentenausschusses, wonach es auf die Dauer der Unterbrechung der Dienstleistung nicht ankommen soll, kann hiernach nicht für zutreffend erachtet werden. Sie legt in nicht zu billigender Weise ein zu großes Gewicht auf die formal juristische Seite des Dienstverhältnisses und berücksichtigt nicht genügend die Willensmeinung der Beteiligten, deren Absicht auf die tatsächliche Lösung des Beschäftigungsverhältnisses bei Verhinderungsfällen von so langer und unbestimmter Dauer gerichtet ist. Auch kann nicht anerkannt werden, daß die Verfügungsmacht des Arbeitgebers über die Arbeitskraft des Angestellten trotz seiner Einberufung zum Kriegsdienst fortbesteht. Die Verfügungsmacht ist vielmehr auf die Militärbehörde übergegangen; der Arbeitgeber weiß sehr wohl, daß er nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge über die Arbeitskraft des Angestellten, wenn überhaupt, erst nach Beendigung des Krieges wieder verfügen kann. Es kommt ihm auch der Regel nach auf die Möglichkeit, später wieder über den Angestellten verfügen zu können, nicht an. Denn meist wird seine Stelle inzwischen anderweit besetzt sein, und wenn er ihn demnächst trotzdem wieder einzustellen bereit ist, so geschieht dies regelmäßig vornehmlich im Interesse des Angestellten, nicht aber in dem des Dienstherrn.

Auch das zweite Erfordernis für die Versicherungspflicht, die Gewährung eines Entgelts, ist hier nicht erfüllt. Mit Recht hebt der Rentenausschuß hervor, daß die zum Heeresdienst einberufenen Angestellten nach den §§ 275, 323 BGB. keinen Rechtsanspruch auf die Fortzahlung des Gehalts haben. Auch auf die Vorschriften des § 616 BGB. und des § 63 des Handelsgesetzb. würden sie einen Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Bezüge nicht gründen können, weil diese Leistungen voraussetzen, daß die Dienstverpflichteten für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit an der Dienstleistung verhindert sind, während die zum Heeresdienst Einberufenen sehr lange Zeit hindurch ihren Dienstherrn entzogen sind.

Wenn aber der Rentenausschuß, obwohl er einen Rechtsanspruch des zum Heeresdienst eingezogenen Angestellten gegen den Dienstherrn auf Zahlung des Entgelts verneint, trotzdem die Ansicht vertritt, daß eine Beschäftigung „gegen Entgelt" im Sinne des § 1 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vorliege, so kann dem nicht beigetreten werden. Ein „Entgelt" wird nur dann entrichtet, wenn eine Gegenleistung des Dienstverpflichteten gewährt wird. Von einer solchen ist vorliegend keine Rede. Sie kann auch nicht etwa darin erblickt werden, daß der Angestellte dem Dienstherrn seine Arbeitskraft für die Zeit nach Beendigung des Krieges zur Verfügung hält. Denn darauf kommt es, wie schon oben dargelegt, dem Dienstherrn in der Regel nicht an. Die Zahlungen, die im vorliegenden Falle die beschwerdeführende Gesellschaft an die

Ehefrau des Angestellten entrichtet, sind mithin freiwillige Leistungen, die in der Form von Teilen des Gehalts als Unterstützung gezahlt werden, um der Familie des Angestellten das Fortkommen in der schweren Kriegszeit zu erleichtern und sie vor Not und Entbehrungen zu schützen. Aus solchen Beweggründen gewährte Zuwendungen sind nicht als Gegenleistungen, sondern als Unterstützungen zu betrachten (zu vgl. auch die hiermit übereinstimmende grundsätzl. Entsch. des Reichsversicherungsamts Nr. 1969 vom 6. Febr. 1915, Amtl. Nachr. 1915 S. 371).

Im vorliegenden Falle wird man von einem Beschäftigungsverhältnis um so weniger sprechen können, als H. sich in russischer Gefangenschaft befindet, der Arbeitgeberin also während der Dauer des Krieges jede Möglichkeit genommen ist, über die Arbeitskraft ihres Angestellten zu verfügen. Auch von einem Entgelt kann keine Rede sein, da lediglich seine Ehefrau eine Unterstützung erhält, deren Höhe hinter seinem früheren Gehalt sicherlich wesentlich zurückbleibt.

Hiernach lag auch in der Zeit vom 4. bis 31. August 1914 ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis nicht vor. Damit entfällt auch für diese Zeit die Beitragspflicht zu Angestelltenversicherung, und es kann dahingestellt bleiben, ob etwa auch die Vorschrift des § 170 Abs. 2 Satz 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte für die Ansicht der Beschwerdeführerin zu verwerten ist.

Anmerkung: Gegen die Entscheidung selbst wird „im vorliegenden Falle" nichts einzuwenden sein; die Feststellung, ob die Beteiligten die Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses über die Zeit der Behinderung des Angestellten in der wirklichen Arbeitsleistung hinaus beabsichtigt haben und ob das, was der Arbeitgeber für diese Zeit gewährt, als Entgelt oder als bloße Unterstützung gegeben wird, ist immer abhängig von der Würdigung aller Umstände „im vorliegenden Falle" und von der daraus erst zu erschließenden Absicht der Beteiligten. Aber die Begründung der Entscheidung enthält recht bedenkliche Annahmen und Verallgemeinerungen, die leicht dazu führen können, der Entscheidung eine größere, allgemeinere Bedeutung beizumessen, als ihr zugestanden werden kann. Das Oberschiedsgericht meint: Im Falle der Einziehung des Angestellten zum Kriegsdienst müsse der Dienstherr damit rechnen, daß ihm diese Arbeitskraft vermutlich auf lange, unbegrenzte Zeit entzogen werde, und dies werde „regelmäßig" dazu führen, eine Ersatzkraft einzustellen. Es komme dem Arbeitgeber auch „der Regel nach" auf die Möglichkeit, später wieder über den Angestellten verfügen zu können, nicht an. Denn „meist" werde seine Stelle inzwischen besetzt sein, und wenn er ihn doch wieder einstelle, so geschehe dies „regelmäßig" vornehmlich nur im Interesse des Angestellten. Das sind unzulässige Verallgemeinerungen, die auf der Verkennung oder Nichtbeachtung sehr häufig obwaltender Verhältnisse beruhen. In sehr vielen Fällen nämlich ist es garnicht möglich, wirkliche, vollwertige Ersatzkräfte für die zahlreichen zum Kriegsdienst eingezogenen Angestellten einzustellen, sondern die Arbeitgeber behelfen sich schlecht und recht mit der Annahme von Hilfskräften und rechnen mit dem Wiedereintritt des Einberufenen. Wo es irgend Aussicht auf Erfolg verspricht und gar oft auch wo es aussichtslos ist, „reklamieren" sie in solchen Fällen bei der Militärbehörde „ihren" Prokuristen oder Werkmeister oder Betriebsdirektor, betreiben eifrig seine Entlassung oder wenigstens seine Beurlaubung und bekunden dadurch selbst nach den zwei Jahren des Krieges noch hinreichend deutlich, daß sie das Beschäftigungsverhältnis keineswegs als gelöst ansehen. Sie würden in solchen und anderen Fällen, wenn der Entlassene oder Beurlaubte nicht in seine Stelle zurückkehrte, darin nicht nur die Verletzung einer Dankespflicht für gewährte „Unterstützung", sondern eine schmähliche Mißachtung der Vertragstreue erkennen, die sie von ihrer Seite bewährt haben, indem sie auch während der Arbeitsbehinderung des Angestellten wenigstens einen Teil seines Gehalts ihm gutschrieben oder an seine Angehörigen zahlten.. So liegen die Verhältnisse sehr oft, mindestens so oft, daß es ungerechtfertigt und irreleitend ist, die Fälle, in denen sie anders liegen, als die „regelmäßigen" oder „meist" zutreffenden zu bezeichnen. Im übrigen verweisen wir auf die Ausführungen von Hahn in Arb.Vers. 1915 S. 433 ff.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Anspruch einer Lehrerin auf Krankengeld während eines Heilverfahrens in den Ferien.

1. Nach Myslowitz. Frage: Eine hiesige Verwaltung unterhält eine Kleinkinderschule. Die Ferien sind wie in Volks- und höheren Schulen festgelegt. Eine dort beschäftigte Kindergärtnerin hat bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte einen Antrag auf Einleitung eines Heilverfahrens mit der Bitte eingereicht, daß dasselbe in den Sommerferien (4. Juli bis 8. August) durchgeführt werden möchte. Die Reichsversicherungsanstalt hat dem Wunsche entsprochen und das Heilverfahren vom 4. Juli, also vom 1. Ferientage ab, übernommen. Die Kindergärtnerin beansprucht von diesem Tage ab Krankengeld, obwohl sie ihr Gehalt weiterbezieht. Wir halten den Anspruch für unbegründet, weil die üblichen Ferien keine Arbeitstage sind. Ist das richtig?

Antwort: Wir verweisen auf die Entscheidung in Arb.Vers. 1915 S. 423 und auf unsere Anmerkung dazu S. 424. Dort haben wir ausgeführt, daß und weshalb wir bei einer städtischen Lehrerin die Ferientage, ebenso wie die Sonn- und Feiertage, für Arbeitstage im Sinne der RVO. halten. Das Gleiche wird bei einer Lehrerin an einer Privatanstalt nicht ohne weiteres, sondern nur dann anzunehmen sein, wenn sie nach ihrem Anstellungs- und Beschäftigungsverhältnis sich auch über die Schulzeit hinaus, in ähnlicher Weise wie Lehrer an öffentlichen Anstalten, dienstlich zur Verfügung zu halten hat. Aber selbst wenn dies im vorliegenden Falle anzunehmen wäre, würde der Anspruch auf Krankengeld nicht ohne weiteres begründet sein, weil sich — wenigstens nach Ihren Angaben — nicht erkennen läßt, daß die Lehrerin arbeitsunfähig ist. Denn für diese Frage darf nicht außer Betracht bleiben, daß ihre Dienstpflichten in den Ferien jedenfalls doch nur in wesentlich herabgemindertem Maße bestehen können, und es würde daher festzustellen sein, ob die Versicherte auch zur Erfüllung dieser Pflichten sich nicht ohne Gefahr der Verschlimmerung ihres Zustandes bereit halten kann. Außerdem legt der Umstand, daß das Heilverfahren nach dem Antrage der Versicherten selbst bis zu den Ferien verschoben werden konnte, die Annahme recht nahe, daß das Heilverfahren überhaupt nicht wegen einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit, sondern nur zum Zwecke der Vorbeugung, zur Erholung bei drohender Arbeitsunfähigkeit eingeleitet worden ist. In solchem Falle wäre der Anspruch auf Krankengeld nicht begründet. In diesen Richtungen werden daher die Umstände des Falles nötigenfalls näher aufzuklären sein.

Kein Anspruch der Kasse auf Ersatz für Sachleistungen der Kriegswochenhilfe, die der Wöchnerin von anderer Seite gewährt sind.

2. Nach Rostock. Antwort: Auf Grund des § 5 Abs. 2 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 hat die Kasse Anspruch auf Ersatz ihrer „Leistungen" (abgesehen vom Wochengelde im Falle des Abs. 1). Dabei sind für „Aufwendungen", welche die Kasse für Sachleistungen nach § 4 „gemacht hat", die Beträge von 25 ℳ und 10 ℳ zu ersetzen. Gewährt die Kasse zwar im allgemeinen solche Sachleistungen, sind ihr aber im Einzelfall Aufwendungen deshalb nicht erwachsen, weil die Wöchnerin kostenlos in einer Universitätsklinik gepflegt und entbunden worden ist, so kann die Kasse jene Beträge nicht beanspruchen, weil sie die entsprechenden Leistungen tatsächlich nicht gewährt und Aufwendungen dafür nicht gemacht hat.

Kriegswochenhilfe für Wöchnerinnen, die nicht Kriegerfrauen sind.

3. Nach Grevenbroich. Antwort: Nach § 14 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 haben die Lieferungsverbände den Krankenkassen die Aufwendungen an Wochenhilfe zu erstatten, welche diese nach Inkrafttreten dieser Bekanntmachung den danach Berechtigten leisten. Es muß sich also um Wöchnerinnen handeln, die nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 anspruchsberechtigt sind. Das sind aber (abgesehen von § 3) nur Frauen von Kriegsteilnehmern (§ 1). Demgemäß heißt es auch in den amtlichen Erläuterungen zum § 14, daß die Gründe, weshalb den Krankenkassen die über das satzungsmäßige Wochengeld hinausgehenden Leistungen für die selbstversicherten Ehefrauen der versicherten Kriegsteilnehmer auf die Reichskasse übernommen worden sind, auch hinsichtlich der selbstversicherten Ehefrauen der neueinbezogenen, nichtversicherten Kriegsteilnehmer zutreffen. Hinsichtlich der gegen Krankheit Versicherten, die nicht Frauen von Kriegsteilnehmern sind, ist es hiernach bei der Vorschrift des § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 verblieben; das heißt: die Kasse hat ihnen, und zwar aus eigenen Mitteln, als Mehrleistungen nur die Entbindungs- und Schwangerschaftskostenbeihilfe sowie das Stillgeld, nicht aber ein höheres als das satzungsmäßige Wochengeld zu gewähren, und der Lieferungsverband hat daher der Kasse nichts zu erstatten.

Von wann ab kann die Krankenkasse Ersatz von der Berufsgenossenschaft verlangen?

4. Nach Schweidnitz. Antwort: Die Unfallentschädigung hat einzutreten mit dem Beginn der 14. Woche nach dem Unfall, nicht nach der Erkrankung. Wenn der Unfall sich am 21. März zugetragen hat und der Verletzte infolge davon am 18. Mai zum zweiten Male erkrankt ist, so kann demnach die Kasse Ersatz von der Berufsgenossenschaft erst für die Zeit vom 21. Juni ab beanspruchen. Allerdings ist ihr der Unfallzuschuß auch schon für die Zeit vorher zu erstatten, nämlich für die 5. bis 13. Woche nach dem Unfall (§§ 573, 576 RVO.). Das wäre vom 18. April bis 20. Juni, soweit in dieser Zeit Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Das war vom 18. bis 29. April und vom 18. Mai bis 20. Juni der Fall.

Aenderung des Beschlusses, daß niedrigere Beiträge oder höhere Leistungen gewährt werden (Ges. v. 4. 8. 14).

5. Nach Spandau. Antwort: Sie gehen von einer irrigen Voraussetzung aus, wenn Sie meinen, der Vorstand der Kasse habe „das Notgesetz vom 4. August 1914 mit Genehmigung des Versicherungsamts außer Kraft gesetzt und die satzungsmäßigen Beiträge und Leistungen wieder eingeführt." Dem Vorstande steht nach § 1 Abs. 2 des bezeichneten Gesetzes (Arb.Vers. 1914 S. 569, 570) nur ein Antragsrecht zu, während der Beschluß, daß niedrigere Beiträge als $4\frac{1}{2}$ % oder höhere Leistungen als die Regelleistungen gewährt werden, vom Versicherungsamt zu erlassen ist. Dieser Beschluß also und nicht die Willensentscheidung des Vorstandes bewirkt die Rechtsänderung. Solange der Beschluß nicht gefaßt ist, kann der Vorstand allerdings den Antrag zurückziehen. Ist aber die Rechtsänderung durch den Beschluß des Versicherungsamts einmal wirksam geworden, so kann sie keinesfalls durch einseitige Entschließung des Kassenvorstandes, sondern nur wieder auf seinen Antrag durch Beschluß des Versicherungsamts beseitigt oder eingeschränkt werden. Einer Mitwirkung des Ausschusses bedarf es hierzu nicht, da es sich nicht um eine Aenderung der Satzung handelt.

Zur Versicherungspflicht eines Hauskindes.

6. Nach Dortmund. Frage: Ist eine im elterlichen Hause in der Land- und Hauswirtschaft gegen Unterkunft und Lebensunterhalt beschäftigte weibliche Person, die nebenher wochentäglich zwei Stunden Reinigungsarbeiten an dritter Stelle gegen eine jährliche Entlohnung von 162 *M* verrichtet, von dieser Stelle bei ihrer Krankenkasse zu versichern? Der Wert ihres Unterhalts im elterlichen Hause ist nach den Ortsverhältnissen auf 475 *M* zu berechnen. Bei der Orts- oder Landkrankenkasse ist sie nicht versichert.

Antwort: Die Reinigungsarbeiten sind nach der Bekanntmachung vom 17. November 1913 (Arb.Vers. 1913 S. 848) versicherungsfrei. Es handelt sich um vorübergehende Dienstleistungen, und der dafür gewährte Entgelt ist nur geringfügig, denn er ist für den Unterhalt der Beschäftigten nicht wesentlich, da diese ja schon von ihren Eltern unterhalten wird. Auch die Tätigkeit im Elternhause bedingt im vorliegenden Falle offenbar keine Versicherungspflicht; denn es ist anzunehmen, daß die Beschäftigte in der Wirtschaft der Eltern tätig ist, weil sie dazu nach § 1617 BGB. verpflichtet ist, solange sie von den Eltern unterhalten wird, es besteht hier kein Arbeitsverhältnis zwischen Eltern und Kind.

Die nach § 212 RVO. weiter leistende neue Kasse hat keinen Ersatzanspruch an die alte Krankenkasse; auch bei der Wochenhilfe nicht auf Grund des § 197.

7. G. 59. Antwort: a) Die am 1. Juli ins Leben getretene Betriebskrankenkasse hat nach § 212 RVO. die weitere Leistung für die vorher erkrankten, bisher der Landkrankenkasse angehörigen Versicherten, deren Beschäftigungsverhältnis fortdauert, zu übernehmen, ohne dieserhalb einen Ersatzanspruch an die Landkrankenkasse zu haben. Ausdrücklich kennzeichnet die Begründung zu § 225 des Entwurfs (jetzt § 212 RVO.) die Absicht dieser Regelung dahin, daß vom Uebertritt zur neuen Kasse an diese die Unterstützung nach ihrer Satzung übernimmt „und daß gleichzeitig die alte Kasse von weiterer Unterstützungspflicht entlastet wird" (S. 162). Es wäre aber keine Entlastung für die alte Kasse, wenn sie der neuen das, was diese zu leisten hat, erstatten müßte. Wenn sich die Betriebskrankenkasse hiervon nicht überzeugen lassen will, so bleibt ihr zur Verfolgung ihres vermeintlichen Anspruchs allerdings nur die Beschreitung des ordentlichen Rechtswegs, weil die Reichsversicherungsordnung ein Verfahren dafür nicht vorsieht. Daß aber die Abweisung des Anspruchs erfolgen muß, gleichviel welches Verfahren beschritten wird, halten wir für sicher.

b) Die Vorschrift des § 212 gilt selbstverständlich auch bei der Wochenhilfe. Auch gegenüber der Wöchnerin also hat die Betriebskrankenkasse die weitere Leistung, unter Anrechnung der Zeit der bereits von der Landkrankenkasse gewährten Leistung, zu übernehmen ohne Anspruch auf Ersatz von seiten der Landkrankenkasse. Ein solcher Anspruch kann auch nicht aus § 197 hergeleitet werden. Diese Vorschrift unterscheidet zwischen der „leistungspflichtigen" Kasse und den „anderen" Kassen, denen die Wöchnerin während des letzten Jahres angehört hat. Im vorliegenden Falle sind im Hinblick auf § 212 zwei leistungspflichtige, d. h. der Versicherten gegenüber zur Gewährung der Wochenhilfe verpflichtete Kassen vorhanden, denen zusammen der Anspruch aus § 197 zusteht, falls „andere" Kassen im Sinne dieser Vorschrift in Frage kommen. Die Landkrankenkasse gehört nicht zu diesen anderen Kassen, weil sie eben — nicht anders als die Betriebskrankenkasse — selbst zur (teilweisen) Leistung der Wochenhilfe verpflichtet war.

Wer zahlt den Unfallzuschuß im Fall eines Kassenwechsels nach dem Unfalle? Streitverfahren.

8. Nach Werdau. Antwort: Der sogenannte Unfallzuschuß zum Krankengelde ist, wie die Fassung des § 573 RVO. ergibt nichts anderes als eine Erhöhung der von der Krankenkasse sonst zu gewährenden Regelleistung an Krankengeld. Er ist also, wenn der Verletzte nach dem Unfall Mitglied einer anderen Krankenkasse geworden ist, von dieser zu gewähren, nicht von der Kasse, der er zur Zeit des Unfalls angehört hatte. Dies würde nach § 212 RVO. sogar dann gelten,

wenn die frühere Kasse bereits mit Leistungen begonnen hätte; umsomehr hat es zu gelten, wenn der Verletzte den Anspruch erst für eine Zeit nach vollzogenem Kassenwechsel erhebt. Die Kasse hat zu dem Anspruch wie zu einem anderen Anspruch auf Kassenleistungen nach §§ 1545, 1551 Stellung zu nehmen und die Voraussetzungen des Anspruchs zu prüfen. Eine eigentliche Beweispflicht hat der Verletzte nicht; wenn aber die Berufsgenossenschaft auf Grund der Unfalluntersuchung das Vorliegen eines Betriebsunfalls verneint hat, so wird die Kasse gut tun, sich auf denselben Standpunkt zu stellen und es auf das Streitverfahren (§§ 1636 ff.) ankommen zu lassen. In diesem Verfahren würde auch darüber zu entscheiden sein, ob der Verletzte die richtige Kasse in Anspruch genommen hat; eine Streitentscheidung zwischen den beiden Kassen kommt nicht in Frage (zu vgl. aber § 23 der Vrdg. über das Verfahren vor dem Versicherungsamt). Die verurteilende Entscheidung ist vorläufig vollstreckbar nach §§ 115, 130 RVO.

Kein Krankengeld, wenn der Versicherte nur durch eine Polizeimaßnahme an der Ausübung seines Berufs gehindert ist.

9. Nach Hachenburg. Frage: Die Wohnung eines Kassenmitglieds wurde, weil dessen Eltern an schwarzen Pocken erkrankten, auf Anordnung des Kreisarztes polizeilich gesperrt. Dadurch wurde unser Mitglied gehindert, seiner Beschäftigung nachzugehen, obwohl es kerngesund ist. Der Kreisarzt fordert uns nun auf, an das Mitglied Krankengeld zu zahlen. Sind wir dazu verpflichtet?

Antwort: Nein! Krankengeld ist nach § 182 RVO. nur zu zahlen, wenn eine Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht. Es liegt aber weder eine Krankheit des Versicherten noch Arbeitsunfähigkeit vor.

Kranken- und Invalidenversicherung einer freiwilligen Krankenschwester im Kriege.

10. S. B. Antwort: Die Krankenschwester, die auf Grund ihrer Beschäftigung in einem Sanatorium Pflichtmitglied ihrer Kasse war, konnte beim Ausscheiden aus dieser Beschäftigung unter den Voraussetzungen des § 313 RVO. die Mitgliedschaft fortsetzen. Diese freiwillige Mitgliedschaft erlosch aber nach §§ 312, 313, sobald die Schwester Mitglied einer anderen Krankenkasse wurde. Das trat selbstverständlich nicht schon dadurch ein, daß sie sich bei Ausbruch des Krieges als freiwillige Krankenpflegerin zur Verfügung stellte. Dagegen wurde sie in dem Zeitpunkt, in welchem sie von der Heeresverwaltung tatsächlich eingestellt wurde, sowohl kranken- als auch invalidenversicherungspflichtig, da sie als Entgelt für ihre Dienste nicht nur Kost, Kleidung und Wäsche, sondern auch einen Barlohn von monatlich 33,30 ℳ erhielt (Entsch. des RVA. in Arb.Vers. 1916 Heft 18 S. 417). Sie hatte daher — sofern nicht etwa eine Betriebskrankenkasse in Frage kam — der nach ihrem jeweiligen Beschäftigungsort zuständigen Ortskrankenkasse als Pflichtmitglied anzugehören und schied bei ihrem ersten Eintritt in eine solche Beschäftigung aus der freiwilligen Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse aus. Die über diesen Zeitpunkt hinaus von ihr oder für sie zu Ihrer Kasse geleisteten Beiträge für die Weiterversicherung müssen, als zu Unrecht gezahlt, zurückgezahlt werden (§ 812 BGB.).

Uebergang eines Schadensersatzanspruchs auf die Krankenkasse wegen des von ihr gezahlten Familiensterbegeldes.

11. A. B., Magdeburg. Antwort: Der Tod der Tochter des Kassenmitgliedes ist durch einen Unfall herbeigeführt, den nach der strafgerichtlichen Feststellung der Badeanstaltsbesitzer verschuldet hat. Dieser hat daher nach §§ 823, 844 BGB. die Kosten der Beerdigung dem Kassenmitgliede zu erstatten, da dieses nach §§ 1601, 1615 Abs. 2, 1968 BGB. zur Bestreitung der Kosten verpflichtet war. Der Anspruch des Mitgliedes ist aber nach § 1542 Abs. 1 Satz 1 RVO. auf die Kasse übergegangen, insoweit sie dem Mitgliede nach der Reichsversicherungsordnung Leistungen zu gewähren hatte. Eine solche Leistung ist selbstverständlich auch das Sterbegeld, welches die Satzung der Kasse gemäß § 205 Ziff. 3 RVO. dem Mitgliede beim Tode eines Kindes zubilligt. Die Kasse kann also wegen des Sterbegeldes Ersatz von dem Badeanstaltsbesitzer verlangen bis zum Betrage der nachweislich entstandenen Beerdigungskosten. Daß der Tod nicht im Verlauf einer Krankheit, sondern durch einen Unfall eingetreten ist, ist ganz gleichgültig. Die einen Anspruch gegen den Unternehmer ausschließende Vorschrift in § 1542 Abs. 1 Satz 2 RVO. kommt nur in Betracht bei den „gegen Unfall Versicherten und ihren Hinterbliebenen", also bei den im Betriebe der Badeanstalt Beschäftigten, zu denen doch wohl die Tochter des Kassenmitglieds nicht gehörte.

Zum Begriffe des „Dienstboten". Feststellung des Mangels eines Begriffsmerkmals nach erfolgter Befreiung aus §§ 418, 435 RVO.

12. Nach Barmen. Antwort: Die zum Begriff des Dienstboten gehörige Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft des Dienstberechtigten wird zwar der Regel nach auch die Einräumung eines Wohn- oder Schlafraumes im Hause oder in der Wohnung der Herrschaft einschließen; sie kann aber ausnahmsweise auch ohne dies Merkmal vorliegen. Hierüber verweisen wir auf die Entsch. des RVA. in Arb.Vers 1915 S. 61. Wenn aber solche Personen überdies nur immer während halber Tage im Haushalt beschäftigt werden, also nicht für sogenannte „ungemessene Dienste" zur Verfügung stehen, sind sie als Dienstboten im Rechtssinne nicht anzuerkennen. Hat indessen die Krankenkasse in Fällen solcher Art dem Befreiungsantrage aus §§ 418,435 RVO. stattgegeben, so kann sie, wenn die Verhältnisse nachträglich geklärt werden, nur die Befreiung widerrufen und nur von der Mitteilung dieses Widerrufs ab, nicht für die ganze vergangene Zeit, die Beiträge vom Arbeitgeber fordern. Denn die ausgesprochene Befreiung ist nach § 418 Abs. 3 in Verbindung mit § 175 RVO. eine „Entscheidung" des Kassenvorstandes und bleibt als solche in Kraft, bis sie aufgehoben wird, was durch den Widerruf geschieht.

Fünfte Kriegsanleihe.

5 % Deutsche Reichsanleihe, unkündbar bis 1924.
4 1/2 % Deutsche Reichsschatzanweisungen.

Zur Bestreitung der durch den Krieg erwachsenen Ausgaben werden weitere 5 % Schuldverschreibungen des Reichs und 4 1/2 % Reichsschatzanweisungen hiermit zur öffentlichen Zeichnung aufgelegt.

Die Schuldverschreibungen sind seitens des Reichs bis zum 1. Oktober 1924 nicht kündbar; bis dahin kann also auch ihr Zinsfuß nicht herabgesetzt werden. Die Inhaber können jedoch über die Schuldverschreibungen wie über jedes andere Wertpapier jederzeit (durch Verkauf, Verpfändung usw.) verfügen.

Bedingungen.

1. Annahmestellen. **Zeichnungsstelle** ist die **Reichsbank.** Zeichnungen werden

von Montag, den 4. September,

bis **Donnerstag, den 5. Oktober, mittags 1 Uhr**

bei dem Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere in Berlin (Postscheckkonto Berlin Nr. 99) und bei allen Zweiganstalten der Reichsbank mit Kasseneinrichtung entgegengenommen. Die Zeichnungen können aber auch durch Vermittlung

der Königlichen Seehandlung (Preußischen Staatsbank) und der Preußischen Central-Genossenschaftskasse in Berlin, der Königlichen Hauptbank in Nürnberg und ihrer Zweiganstalten, sowie

sämtlicher deutschen Banken, Bankiers und ihrer Filialen,
sämtlicher deutschen öffentlichen Sparkassen und ihrer Verbände,
jeder deutschen Lebensversicherungsgesellschaft,
jeder deutschen Kreditgenossenschaft und
jeder deutschen Postanstalt erfolgen. Wegen der Postzeichnungen siehe Ziffer 7.

Zeichnungsscheine sind bei allen vorgenannten Stellen zu haben. Die Zeichnungen können aber auch ohne Verwendung von Zeichnungsscheinen brieflich erfolgen.

2. Einteilung. Zinsenlauf. Die Reichsanleihe ist in Stücken zu 20 000, 10 000, 5000, 2000, 1000, 500, 200 und 100 Mark mit Zinsscheinen zahlbar am 1. April und 1. Oktober jedes Jahres ausgefertigt. Der Zinsenlauf beginnt am 1. April 1917, der erste Zinsschein ist am 1. Oktober 1917 fällig.

Die Schatzanweisungen sind in 10 Serien eingeteilt und ebenfalls in Stücken zu: 20 000, 10 000, 5000, 2000, 1000, 500, 200 und 100 Mark, aber mit Zinsscheinen zahlbar am 2. Januar und 1. Juli jedes Jahres ausgefertigt. Der Zinsenlauf beginnt am 1. Januar 1917, der erste Zinsschein ist am 1. Juli 1917 fällig. Welcher Serie die einzelne Schatzanweisung angehört, ist aus ihrem Text ersichtlich.

Auslosung. Die Tilgung der Schatzanweisungen erfolgt durch Auslosung von je

einer Serie in den Jahren 1923 bis 1932. Die Auslosungen finden im Januar jedes Jahres, erstmals im Januar 1923 statt; die Rückzahlung geschieht an dem auf die Auslosung folgenden 1. Juli. Die Inhaber der ausgelosten Stücke können statt der Barzahlung viereinhalbprozentige bis 1. Juli 1932 unkündbare Schuldverschreibungen fordern.

3. Zeichnungspreis. Der Zeichnungspreis beträgt:

für die 5% Reichsanleihe,	wenn Stücke verlangt werden	**98.**— Mark,
„ „ 5% „	wenn Eintragung in das Reichsschuldbuch mit Sperre bis zum 15. Oktober 1917 beantragt wird	**97,80** Mark,
„ „ 4½% Reichsschatzanweisungen.		**95,**— Mark

für je 100 Mark Nennwert unter Verrechnung der üblichen Stückzinsen (vgl. Ziffer 6).

4. Zuteilung. Stückelung. Die Zuteilung findet tunlichst bald nach dem Zeichnungsschluß statt. Die bis zur Zuteilung schon bezahlten Beträge gelten als voll zugeteilt. Im Uebrigen entscheidet die Zeichnungsstelle über die Höhe der Zuteilung. Besondere Wünsche wegen der Stückelung sind in dem dafür vorgesehenen Raum auf der Vorderseite des Zeichnungsscheines anzugeben. Werden derartige Wünsche nicht zum Ausdruck gebracht, so wird die Stückelung von den Vermittelungsstellen nach ihrem Ermessen vorgenommen. Späteren Anträgen auf Abänderung der Stückelung kann nicht stattgegeben werden.*)

Zu den Stücken von 1000 Mark und mehr werden für die Reichsanleihe sowohl wie für die Schatzanweisungen auf Antrag vom Reichsbank-Direktorium ausgestellte Zwischenscheine ausgegeben, über deren Umtausch in endgiltige Stücke das Erforderliche später öffentlich bekanntgemacht wird. Die Stücke unter 1000 Mark, zu denen Zwischenscheine nicht vorgesehen sind, werden mit größtmöglicher Beschleunigung fertiggestellt und voraussichtlich im Februar n. J. ausgegeben werden.

5. Einzahlungen. Die Zeichner können die gezeichneten Beträge vom 30. September d. J. an voll bezahlen.

Sie sind verpflichtet:

30%	des zugeteilten	Betrages	spätestens	am	18.	Oktober	d. J.,
20%	„	„	„	„	24.	November	d. J.,
25%	„	„	„	„	9.	Januar	n. J.,
25%	„	„	„	„	6.	Februar	n. J.

zu bezahlen. Frühere Teilzahlungen sind zulässig, jedoch nur in runden durch 100 teilbaren Beträgen des Nennwerts.
Auch auf die kleinen Zeichnungen sind Teilzahlungen jederzeit, indes nur in runden durch 100 teilbaren Beträgen des Nennwerts gestattet; doch braucht die Zahlung erst geleistet zu werden, wenn die Summe der fällig gewordenen Teilbeträge wenigstens 100 Mark ergibt.

Beispiel: Es müssen also spätestens zahlen:
die Zeichner von *M* 300: *M* 100 am 24. November, *M* 100 am 9. Januar, *M* 100 am 6. Februar;
„ „ „ *M* 200: *M* 100 am 24. November, *M* 100 am 6. Februar;
„ „ „ *M* 100: *M* 100 am 6. Februar.

Die Zahlung hat bei derselben Stelle zu erfolgen, bei der die Zeichnung angemeldet worden ist.

Die im Laufe befindlichen **unverzinslichen** Schatzscheine des Reichs werden — unter Abzug von 5% Diskont vom Zahlungstage, frühestens

*) Die zugeteilten Stücke werden auf Antrag der Zeichner von dem Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere in Berlin nach Maßgabe seiner für die Niederlegung geltenden Bedingungen bis zum 1. Oktober 1917 vollständig kostenfrei aufbewahrt und verwaltet. Eine Sperre wird durch diese Niederlegung nicht bedingt; der Zeichner kann sein Depot jederzeit — auch vor Ablauf dieser Frist — zurücknehmen. Die von dem Kontor für Wertpapiere ausgefertigten Depotscheine werden von den Darlehnskassen wie die Wertpapiere selbst beliehen.

aber vom 30. September **ab**, bis zum Tage ihrer Fälligkeit — in Zahlung genommen.

6. Stückzinsen. Da der Zinsenlauf der Reichsanleihe erst am 1. April 1917, derjenige der Schatzanweisungen am 1. Januar 1917 beginnt, werden vom Zahlungstage, frühestens vom 30. September 1916 ab,

a) auf sämtliche Zahlungen für Reichsanleihe 5% Stückzinsen bis zum 31. März 1917 zu Gunsten des Zeichners verrechnet,

b) auf die Zahlungen für Schatzanweisungen, die vor dem 30. Dezember 1916 erfolgen, 4½% Stückzinsen bis dahin zu Gunsten des Zeichners verrechnet. Auf Zahlungen für Schatzanweisungen nach dem 31. Dezember hat der Zeichner 4½% Stückzinsen vom 31. Dezember bis zum Zahlungstage zu entrichten.

Beispiel: Von dem in Ziffer 3 genannten Kaufpreis gehen demnach ab:

I. bei Begleichung von Reichsanleihe		a) bis zum 30. September	b) am 18. Oktober	c) am 24. November
	5% Stückzinsen für	180 Tage	162 Tage	126 Tage
	=	2,50%	2,25%	1,75%
Tatsächlich zu zahlender Betrag also nur für	Stücke	95,50%	95,75%	96,22%
	Schuldbucheintragung	95,30%	95,55%	96,05%

II. bei Begleichung von Reichsschatzanweisungen		d) bis zum 30. September	e) am 18. Oktober	f) am 24. November
	4½% Stückzinsen für	90 Tage	72 Tage	36 Tage
	=	$1{,}12^{5}$%	0,90%	0,45%
Tatsächlich zu zahlender Betrag also nur .		$93{,}87^{5}$%	94,10%	94,55%

Bei der Reichsanleihe erhöht sich der zu zahlende Betrag für jede 18 Tage, um die sich die Einzahlung weiterhin verschiebt, um 25 Pfennig, bei den Schatzanweisungen für jede 4 Tage um 5 Pfennig für je 100 Mark Nennwert.

7. Postzeichnungen. Die Postanstalten nehmen nur Zeichnungen auf die 5% Reichsanleihe entgegen. Auf **diese** Zeichnungen **kann** die Vollzahlung am 30. September, sie muß aber spätestens am 18. Oktober geleistet werden. Auf bis zum 30. September geleistete Vollzahlungen werden Zinsen für 180 Tage, auf alle andern Vollzahlungen bis zum 18. Oktober, **auch wenn sie vor diesem Tage geleistet werden,** Zinsen für 162 Tage vergütet. (Vgl. Ziffer 6 Beispiele Ia und Ib.)

Berlin, im August 1916.

Reichsbank-Direktorium.

Havenstein. v. Grimm.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1148 der ganzen Folge

33. Jahrgang — 11. September 1916 — Heft 26

Beschäftigung gegen Entgelt als Voraussetzung für die Krankenversicherungspflicht.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I.

Sowohl nach dem Krankenversicherungsgesetz als auch nach der Reichsversicherungsordnung wird die Krankenversicherungspflicht durch eine Beschäftigung gegen Entgelt begründet. Während nach dem Krankenversicherungsgesetz nur die Beschäftigung in bestimmten Betrieben oder Berufen die Versicherungspflicht zur Folge hatte, erstreckt sich nach der Reichsversicherungsordnung die Versicherungspflicht auf jede Beschäftigung gegen Entgelt. Hiervon bestehen jedoch zwei Ausnahmen:

1. Lehrlinge aller Art sind auch dann versicherungspflichtig, wenn sie ohne Entgelt beschäftigt werden (§ 165 Abs. 2 RVO), sie erhalten aber kein Krankengeld (§ 494 RVO.). Dabei gelten als Lehrlinge Personen, die hauptsächlich zu dem Zwecke in ein Arbeitsverhältnis getreten sind, um eine Ausbildung in dem Gewerbe oder in dem Berufe ihres Arbeitgebers zu erhalten; vgl. Pr. OVG. Entsch. v. 5. März 1898 (Pr. Verw.Bl. Bd. 19 S. 426) und vom 9. März 1901 (Pr. Verw.Bl. Bd. 22 S. 592), Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 Nr. 39 (Amtl Nachr. S. 721 ff.). Die Frage, ob ein Lehrverhältnis vorliegt, ist nach den Umständen des Einzelfalles ohne Rücksicht darauf, ob ein Lehrvertrag abgeschlossen ist oder ob Lehrgeld gezahlt wird, oder ob die Arbeit gegen Lohn geleistet wird, zu beurteilen. Ein Lehrverhältnis kann auch dann angenommen werden, wenn im Arbeitsvertrage vereinbart worden ist, daß ein Lehrverhältnis nicht bestehen soll; vgl. Reichsgericht Entsch. in Straff. vom 19. Okt. 1882 (Bd. 7 S. 105) und vom 2. März 1899 (Bd. 32 S. 59), Sten. Ber. zur Nov. z. Gew.Ord. vom 26. Juli 1897 S. 6199 ff. Lehrlinge aller Art sind Lehrlinge nicht nur im Gewerbe, in Handelsgeschäften und in Apotheken, sondern auch Lehrlinge in jedem beliebigen Berufe; vgl. Anleitung des Reichsversicherungsamts Nr. 39. Sie werden ohne Entgelt beschäftigt, wenn sie ohne Vergütung vom Lehrherrn beschäftigt werden. Dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn nach dem Inhalte des Lehrvertrages der Lehrherr zwar verpflichtet ist, dem Lehrlinge Unterkunft und Verpflegung zu geben, hierfür aber in der Gestalt eines ausreichenden Lehrgeldes vollen Ersatz erhält; vgl. Erl. des Pr. Handelsministers vom 24. Februar und 3. März 1884. Der von seinem Vater gegen freien Unterhalt als Lehrling beschäftigte Sohn ist gegen Entgelt beschäftigt, wenn der freie Unterhalt als Gegenleistung für die

Ausübung der gewerblichen Tätigkeit und nicht in Erfüllung der gesetzlichen Unterhaltungspflicht gewährt wird; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 2. März 1893 (Arb.Vers. S. 418).

2. Hausgewerbtreibende sind versicherungspflichtig, obwohl sie überhaupt nicht beschäftigt werden. Nach § 162 RVO. in Verbindung mit § 2 der Bekanntmachung des Reichskanzlers über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) sind als Hausgewerbtreibende im Sinne der Reichsversicherungsordnung die selbständigen Gewerbtreibenden anzusehen, die in eigenen Betriebsstätten, im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbtreibenden, des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindevertreters, einer Gemeinde, anderer öffentlicher Verbände oder öffentlicher Körperschaften oder von Wohltätigkeitsveranstaltungen wie vom Roten Kreuz gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten oder arbeiten, und zwar auch dann, wenn sie Roh- oder Hilfsstoffe selbst beschaffen, sowie für die Zeit, in der sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten. Die Selbständigkeit, die das hauptsächlichste Merkmal für die Unterscheidung des Hausgewerbtreibenden vom Heimarbeiter bildet, ist weniger auf wirtschaftlichem als auf persönlichem Gebiete zu suchen. Ob die zur Annahme eines Heimarbeitsverhältnisses erforderliche persönliche Abhängigkeit vorlegt, bestimmt sich nach den besonderen Verhältnissen des Einzelfalls, der gesamten wirtschaftlichen und persönlichen Stellung des Beschäftigten sowie namentlich nach der Entwicklung, die sein Beschäftigungszweig im Laufe der Zeit erfahren hat; vgl. Reichsversicherungsamt Entsch. vom 12. Juni 1915 (Amtl. Nachr. S. 627). Während der Dauer des gegenwärtigen Krieges ist die gesetzliche Versicherungspflicht der Hausgewerbtreibenden aufzuheben; siehe Gesetz betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 § 3 (RG.Bl. S. 337).

Die Beschäftigung gegen Entgelt begründet neben der Versicherungspflicht zugleich die Mitgliedschaft bei der zuständigen Krankenkasse, die dadurch in Versicherungsfällen leistungspflichtig wird. Eine Ausnahme besteht nur hinsichtlich der unständigen Arbeiter und der Hausgewerbtreibenden, bei denen trotz bestehender Versicherungspflicht die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse erst durch die Eintragung in das Mitgliederverzeichnis erworben wird (§ 442 Abs. 3, § 468 RVO.) abgesehen davon, daß auch für den Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse durch die Satzung eine Wartezeit eingeführt werden kann (§ 451 Abs. 1, § 487 RVO.). Die Frage, ob bei unrichtiger Eintragung die Mitgliedschaft formrechtlich begründet wird, ist streitig. Siehe Sonderhoff im Zentr.Bl. f. Reichsvers. 1916 S. 287 ff.

II. Die Beschäftigung findet nicht nur statt, wenn tatsächlich Arbeit geleistet wird, sondern auch wenn ein Beschäftigungsverhältnis besteht, auf Grund dessen einzelne Arbeiten vorgenommen werden. Die Versicherung besteht daher nicht nur an den Tagen, an denen tatsächlich gearbeitet wird. Auch an Sonn- und Feiertagen besteht zweifellos die Versicherungspflicht, allerdings nicht unbedingt schon deshalb, weil bis zu ihnen Arbeit geleistet worden ist, wohl aber dann, wenn es sich bei Einstellung der Arbeit nur um eine Unterbrechung der Arbeit unter Aufrechterhaltung des Arbeitsvertrags handelt und wenn also beiderseits mit der Verpflichtung zur Fortsetzung der Arbeit nach den Sonn- und Feiertagen gerechnet wird. Anlangend die Werktage, so hat das Gesetz zur Voraussetzung, daß an ihnen fortlaufend gearbeitet wird. Immerhin nötigt das Gesetz nicht dazu, die einmal begründete Versicherungspflicht für die Zeit der Unterbrechung der Arbeit an ganzen Werktagen z. B. infolge Betriebsstörungen oder bei Beurlaubung des Arbeiters unbedingt als aufgehoben anzusehen. Auch in diesen Fällen besteht das Versicherungsverhältnis trotz Unterbrechung der Arbeit weiter, wenn der Arbeitsvertrag unberührt bleibt und der Arbeiter auch inzwischen und nach Ablauf der Unterbrechung zur Verfügung des Arbeitgebers steht. Auch

darauf kommt es nicht einmal entscheidend an, ob für die Zeit der Unterbrechung Lohn gezahlt wird, sondern nur darauf, ob ein Arbeitsverhältnis gegen Ablohnung vorliegt und ob vor und nach der Unterbrechung der Arbeitsleistung eine dem Arbeiter die Erfüllung der Beitragspflicht ermöglichende Lohnzahlung stattfindet; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 5. März 1896 (Bd. 29 S. 345), vom 4. Juli 1900 (Bd. 37 S. 386), Bad. Verwaltungsgerichtshof Entsch. vom 23. März 1900 (Arb.Vers. S. 419) vom 24. Sept. 1901 (Arb.Vers. 1902 S. 16) und vom 18. Oktober 1904 (Arb.Vers. S. 696), Württ. Verwaltungsgerichtshof Entsch. vom 1. April 1908 (Arb.Vers. 1911 S. 446) Reichsversicherungsamt Entsch. vom 16. Nov. 1914 (Amtl. Nachr. S. 813) und vom 25. Jan. 1915 (Amtl. Nachr. S. 431). Kann trotz des Wegfalls des Lohnes hiernach angenommen werden, daß das Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis weiter fortbesteht, so wird an der Rechtslage dadurch nichts geändert, daß der Arbeiter in der Zwischenzeit anderweit Lohnarbeit verrichtet, die für sich allein, und zwar bei einer anderen Kasse die Mitgliedschaft begründen würde. Es liegt eine gleichzeitige Beschäftigung durch mehrere Arbeitgeber vor (§ 309 RVO.).

Die krankenversicherungspflichtige Beschäftigung gilt als begonnen, wenn der Arbeitgeber äußerlich erkennbar die Verfügungsgewalt über die Arbeitskraft des zur Dienstleistung Verpflichteten erlangt. Der Zeitpunkt der Vertragsschließung ist also nicht maßgebend, sondern der Antritt der Beschäftigung. Der Weg zur Betriebsstätte kann jedoch als Beginn der Beschäftigung nicht angesehen werden. Ein Arbeitsverhältnis, das unter der Bedingung abgeschlossen ist, daß der Arbeiter bei ärztlicher Untersuchung für gesund befunden wird, gilt als nicht bestehend, wenn die ärztliche Untersuchung alsbald vorgenommen und der Arbeiter hierbei als krank befunden wird; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 11. April 1910 (Arb.Vers. 1911 S. 86) und vom 3. April 1913 (Arb.Vers. S. 608). Für die Frage, wann eine Beschäftigung begonnen hat, ist, sofern hierüber nichts Besonderes verabredet worden ist, nicht der Beginn der tatsächlichen Arbeitsleistung entscheidend, wenn den Umständen nach anzunehmen ist, daß sich der Arbeiter bereits vor Beginn der Arbeitsleistung zur Verfügung des Arbeitgebers halten muß; z. B. wenn der Arbeitgeber den Arbeiter nach Antritt der Stelle mit dem Auftrage wieder entlassen hat, zu einer bestimmten Stunde mit der Beschäftigung wieder zu beginnen. Trifft dies zu, so hat das Beschäftigungsverhältnis und damit auch die Beschäftigung im Sinne des Gesetzes schon mit dem Zeitpunkte begonnen, von welchem ab der Arbeiter zur Verfügung des Arbeitgebers steht; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 23. Oktober 1905 (Bd. 48 S. 344).

Wird das Beschäftigungsverhältnis gelöst, so erlischt die Versicherungspflicht; vgl. Reichsger. Entsch. in Straff. vom 22. Juni 1906 (Bd. 39 S. 55). Dies kann aber erst angenommen werden, wenn eine entsprechende Willenserklärung des Arbeiters, welche mit zwingender Notwendigkeit die Annahme rechtfertigt, daß er die Arbeit tatsächlich verlassen hat und nicht mehr aufnehmen will, oder eine Willenserklärung des Arbeigebers vorliegt, welche erkennen läßt, daß er den Arbeiter nicht mehr beschäftigen will und entlohnt; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 5. März 1896 (Bd. 29 S. 345) und vom 2. Mai 1900 (Pr. Verw.Bl. Bd. 21 S. 552) Sächs. Min. d. Innern Entsch. vom 1. November 1899 (Reger Bd. 20 S. 34). Dabei ist zu beachten, daß andauernde Krankheit, die zur Fortsetzung der Arbeit unfähig macht, als wichtiger Grund im Sinne des § 626 BGB. anzusehen ist, die zur sofortigen Entlassung berechtigt: vgl. a § 123 Nr. 8, § 133c Nr. 4 Gew. O., § 71 Abs. 1 Nr. 3 HGB. Nach der Pr. Gesindeordnung vom 8. November 1910 gibt Krankheit des Gesindes nicht das Recht zu sofortiger Entlassung. Wird die Entlassung nicht ausdrücklich oder stillschweigend bewirkt, so besteht das Dienstverhältnis weiter, sodaß auch nach Fortfall der Krankheit, während

der, nach § 323 BGB. kein Entgelt zu zahlen ist — sofern nicht die Vorschriften des Gesinderechts anders bestimmen (Art. 95 EG. z. BGB.), § 616 BGB. verpflichtet zur Fortzahlung des Entgelts nur bei kurzen Krankheiten — die gegenseitigen Rechte und Pflichten unverändert wieder aufleben. Die bloße Abmeldung des Arbeiters bei der Krankenkasse ohne gleichzeitige Lösung des Beschäftigungsverhältnisses ist für die Versicherungspflicht ohne Bedeutung: vgl. Bayr. Verw. Ger. Hof Entsch. vom 7. März 1904 (Arb-Vers. 1905 S. 68). Die Bestimmung einer Arbeitsordnung, daß in Krankheitsfällen das Arbeitsverhältnis sofort erlischt, ist zulässig; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 18. Oktober 1908 (Bd. 53 S. 388). Ob das Beschäftigungsverhälnis auf rechtmäßigem oder unrechtmäßigem Wege z. B. durch Vertragsbruch des Arbeiters oder des Arbeitgebers gelöst wird, ist für die Versicherung gleichgültig. Die Versicherungspflicht besteht daher nicht mehr, wenn der kontraktbrüchige Arbeitgeber dem Arbeiter den Lohn weiterzahlen muß; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 1. Dezember 1900 (Bd. 38 S. 317), Bad. Verw. Ger. Hof Entsch. vom 18. Dezember 1900 (ArbVers. 1901 S. 321. Die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses muß ernstlich gemeint sein; andererseits bewirkt die Zusage einer etwaigen künftigen Wiederbeschäftigung nicht die Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses und der Versicherungspflicht; vgl Pr. OVG. Entsch. vom 4. November 1899 (Arb-Vers. 1900 S. 89). Kriegsteilnehmer, an deren Angehörige der Arbeitgeber einen Teil des bisherigen Gehalts während des Krieges weiterzahlt, gelten nicht als gegen Entgelt beschäftigt und unterliegen daher nicht der Versicherungspflicht; vgl. RVA. Entsch. vom 6. Februar 1915 (Amtl. Nachr. S. 371). Wenn der in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehende Arbeiter an einem dienstfreien Tage aushilfsweise in dem Betriebe eines anderen Unternehmers arbeitet mit der von beiden Teilen übereinstimmend gehegten Absicht, das bisherige Arbeitsverhältnis am nächsten Tage wieder fortzusetzen, so wird das Beschäftigungsverhältnis nicht aufgehoben, vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 26. Januar 1905 (Arb-Vers. S. 247), zumal diese vorübergehende Beschäftigung nach Bekanntmachung des Reichskanzlers betr. Befreiung voübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungsflicht, vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756 Nr. I 4 versicherungsfrei ist. Vereinigen sich mehrere Arbeitgeber zu einer Gesellschaft, so werden die Arbeiter der Einzelnen nur dann Arbeiter der Gesellschaft, wenn diese die Rechtsnachfolgerin der früheren Firmen ist oder wenn sowohl bei den Vertretern der neuen Gesellschaft als auch bei den Arbeitern die Absicht bestand, die Arbeiter auf das neue Unternehmen übergehen zu lassen: vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 4. Juli 1900 (Bd. 37 S. 382).

Mit dem Fortfall des Beschäftigungsverhältnisses und der Versicherungspflicht endigt auch die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse und die Leistungspflicht der Krankenkasse. Die Mitgliedschaft bleibt aber nach § 311 RVO. erhalten, wenn das Mitglied bei Aufhören des Beschäftigungsverhältnisses arbeitsunfähig ist und daher Kassenleistungen bezieht. Bis zu dem Augenblicke, in dem die Arbeitsunfähigkeit fortfällt oder die Kassenleistungen aufhören, gilt er als versicherungspflichtiges Mitglied weiter, so daß auf ihn alle Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, die von versicherungspflichtigen Mitgliedern oder auch nur von Versicherten handeln auf ihn Anwendung finden. Insbesondere wird die Dauer dieser Mitgliedschaft als Dauer der Versicherung im Sinne der §§ 214, 313 RVO. angesehen; vgl. RVA. Entsch. vom 25. September 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 355). Auch wenn das Mitglied beim Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis krank aber nicht arbeitsunfähig ist, behält es den Unterstützungsanspruch gegen die Kasse., da der Anspruch auf die Kassenleistung seinem ganzen Umfang nach bei Eintritt des Versicherungsfalls erworben wird. Wird er Mitglied einer anderen Kasse, so gehen die schwebenden Unterstützungsansprüche nach § 212 RVO. auf diese Kasse über. Erkrankt der Versicherte am Tage der Lösung des Beschäftigungsverhältnisses

nach dem Zeitpunkte, bis zu dem er gearbeitet hat, so hat er keinen Anspruch auf Krankenunterstützung gegen die bisherige Kasse; vgl. Pr. OVG. Entscheidung vom 17. September 1908 (Bd. 53 S. 382), vom 17. März 1909 (Bd. 54 S. 415) und vom 1. April 1913 (Arb-Vers. S. 587) Bayr. Verw. Ger. Hof Entsch. vom 1. Juli 1912 (Arb-Vers. 1913 S. 90), Bad. Verw. Ger. Hof Entsch. vom 10. Oktober 1895 (Arb-Vers. 1896 S. 509). War das Kassenmitglied aber in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vor dem Ausscheiden zusammenhängend mindestens sechs Wochen versichert, so hat es Anspruch auf die Regelleistungen (§ 214 RVO.) vorbehaltlich der aus einer etwaigen Weiterversicherung (§ 313 RVO.) sich ergebenden Ansprüche.

Eine Ausnahme von der Regel, daß mit dem Aufhören des Beschäftigungsverhältnisses die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse aufhört, besteht hinsichtlich der unständig Beschäftigten und der hausgewerblichen Versicherungspflichtigen. Diese bleiben, wenn sie in das Mitgliederverzeichnis einmal eingetragen sind, auch Mitglieder während der Zeit, in der sie vorübergehend nicht gegen Entgelt beschäftigt sind (§§ 446, 468 RVO.) Wird es durch Beschäftigung gegen Entgelt, die die Mitgliedschaft bei einer anderen Kasse begründet, im Mitgliederverzeichnis nicht gelöscht, so bleibt es nach § 312 RVO. trotzdem nicht Mitglied der bisherigen Kasse. Die Löschung darf auch dann nicht auf einen früheren Zeitpunkt zurückverlegt werden, wenn sich herausstellen sollte, daß die unständige Beschäftigung schon früher aufgegeben wurde; vgl. RVO. Entsch. vom 27. Mai 1916 (Amtl. Nachr. S. 596).

(Fortsetzung folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Kassenzugehörigkeit der von einem Frauenklub beschäftigten Dienstboten.

Entsch. des **Versicherungsamts Düsseldorf** vom 9. November 1915 (VI 1707).

Ein Frauenklub (Eingetragener Verein) bezweckt nach seinen Satzungen einen Vereinigungspunkt für gebildete Frauen zu schaffen; insbesondere soll den alleinstehenden Frauen eine Stätte geboten werden, wo sie Erholung, geistige Anregung und zwanglosen Verkehr finden. Der Erreichung dieses Zweckes dient ein besonderes Vereinshaus, in welchem Lese-, Speise- und andere gemeinschaftliche Räume vorhanden sind, auch Einzelzimmer für im Hause wohnende Klubmitglieder abvermietet und wo Speisen und Getränke gegen Bezahlung an die Mitglieder abgegeben werden. Auch Feste und Gesellschaftsabende sind vorgesehen, sowie Veranstaltungen von Verkaufsausstellungen von künstlerischen, und kunstgewerblichen und praktischen Handarbeiten der berufstätigen Mitglieder. Endlich ist eine Stellenvermittlung für die Mitglieder geschaffen. Daneben wird Gelegenheit zur Pflege fremder Sprachen geboten und mit Vorträgen, literarischen, musikalischen und künstlerischen Darbietungen werden ideale Zwecke verfolgt.

Zwischen der Landkrankenkasse und der Allgemeinen Ortskrankenkasse ist Streit über die Kassenzugehörigkeit des von dem Klub beschäftigten Personals entstanden. Dieses besteht zur Zeit aus einer Dame, einer Sekretärin, einer Köchin, einigen Hausmädchen, endlich einem Hausmeister bezw. Heizer, der außerhalb des Hauses wohnt. Das Versicherungsamt entschied im Verfahren nach § 258 RVO., daß das gesamte versicherungspflichtige Personal der Allgemeinen Ortskrankenkasse angehört. Aus den Gründen:

Es unterliegt keinem Zweifel, daß von den in Frage kommenden versicherungspflichtigen Personen, die Hausdame, die Sekretärin, der Hausmeister beziehungsweise derzeitig angenommene Heizer der Allgemeinen Ortskrankenkasse angehören, insoweit die Voraussetzung des § 165 Abs. 2 RVO. zutrifft, nämlich, daß der ihnen gewährte Entgelt den Betrag von 2500 M. nicht übersteigt. Sie sind auf keinen Fall Hausgesinde, selbst wenn sie, wie die beiden Erst-

genannten, der Hausgemeinschaft, wie solche im Klubhaus besteht, angehören.

Der Begriff des Dienstboten wird, wie vom Reichsversicherungsamt mehrfach entschieden ist, nach Landesrecht bestimmt, hier also nach der Rheinischen Gesindeordnung vom 19. August 1844: „Der Gesindedienst umfaßt ein Verhältnis, in welchem der eine Teil sich vertragsweise verpflichtet hat, zur Leistung häuslicher oder wirtschaftlicher Dienste, nicht tageweise, sondern auf einen bestimmten, längeren und ununterbrochenen Zeitraum, und in welchem der andere Teil zur Zahlung eines bestimmten Lohnes sich verpflichtet. Solche Personen, welche nur einzelne, bestimmte Geschäfte in der Haushaltung übernehmen, oder deren Dienstleistungen eine besondere Vorbildung erfordern, stehen nicht im Rechtsverhältnis des Gesindes".

Auf die Frage der häuslichen Gemeinschaft kommt es hier nun nicht an. Die von der Beklagten angeführte Entscheidung des Oberversicherungsamts Mannheim, beruhend auf dem badischen Gesinderecht, führt aus, daß eine häusliche Gemeinschaft zwischen einer juristischen Person und dem Hausgesinde, daß Familienbeziehungen zwischen beiden Teilen nicht bestehen könnten. Auf Grund der preußischen Gesindeordnung vom 8. November 1910 beurteilt das Reichsversicherungsamt in den Fällen II K. 362/15 und II K. 1338/14 (St. Marienstift in Bochum und Berliner Missionsgesellschaft in Berlin) die Frage entgegengesetzt. Es wird in diesen Urteilen dargelegt, daß noch das frühere Preußische Obertribunal die gleiche Auffassung vertreten habe, wie sie in der Mannheimer Entscheidung enthalten ist, das Bundesamt für Heimatswesen habe aber die Frage bereits bejaht. Ebenso sei in der Entscheidung Nr. 1920 des Reichsversicherungsamts der Begriff der häuslichen Gemeinschaft nicht mehr so eng ausgelegt. Vielmehr sei mit Rücksicht auf die geschichtliche Entwicklung des Gesinderechts, mit der vielfach eine Lockerung der Beziehungen zwischen Herrschaft und Gesinde einhergegangen, eine weitere Auslegung des Begriffes geboten und so sei auch zwischen juristischer Person und Dienstbote in gewisser Weise sehr wohl eine häusliche Gemeinschaft möglich.

Diese Ausführungen decken sich offensichtlich mit dem Gedankengang, der der Rheinischen Gesindeordnung zu Grund lag. Denn in dieser ist der Begriff der häuslichen Gemeinschaft so gut wie völlig ausgeschaltet und nur ein reines Vertragsverhältnis bestimmt.

Der Begriff der häuslichen Gemeinschaft war demnach hier an und für sich recht und wohl anzuerkennen, aber er ist nicht entscheidend, denn der Haushalt des Frauenklubs ist weder der eines Privathauses noch der einer Wohltätigkeitsanstalt, wie es beispielsweise ein öffentliches Krankenhaus, die Berliner Missionsanstalt oder das Bochumer St. Marienstift ist. Man braucht den Frauenklub noch nicht als ein reines Gewerbeunternehmen anzusprechen, aber daß er sich diesem mehr nähert, als einem gewöhnlichen Hauswesen oder einer Wohlfahrtsanstalt der angedeuteten Art, ist ganz zweifellos.

Ein solches Wohlfahrtsunternehmen wird immer auf Stiftungen, den Beiträgen öffentlicher Körperschaften oder auf Beiträgen, die im Wege freiwilliger Liebestätigkeit gesammelt werden, beruhen. Diese Merkmale fehlen hier vollständig und es ist ganz zweifellos, daß neben den idealen Zwecken des Frauenklubs in ausgesprochenem Maße Erwerbstendenzen hergehen. Die Einnahmen des Frauenklubs, wie sie in dem Jahresbericht 1912—1913 hervortreten, beruhen zu einem wesentlichen Teil auf den Beiträgen der Klubmitglieder (14 220,13 M.) der Haushalt bringt eine Einnahme von 11 688,25 M., darunter 1582 M. für Logis. Die Stellenvermittlung eine solche von 1746,98 M., die Ausstellung 409,69 M., die festlichen Veranstaltungen 1643,24 M., Mieten (ohne Einnahme für Logis) 2108,15 M. Die Ausstellung vermittelte Verkäufe im Betrage von 6836,80 M. Die Vermögensaufstellung ergibt einen Gewinnsaldo von 900,82 M. Das Kapitalkonto weist 20 651,96 gegen 19 751,14 im Vorjahre auf, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß auf dem Mobiliarkonto, daß im vorigen Jahre mit 10 000 M. zu Buch stand, der hohe Betrag von 4000 M. zur Abschreibung gelangt ist, ein Umstand, der bekundet, daß das Unternehmen in gutem kaufmännischen Geiste geleitet wird. Nirgends aber erscheinen Einnahmen, die bei reinen Wohltätigkeitsanstalten die Grundlage des Unternehmens bilden.

Bei diesem Charakter des Frauenklubs, dem ja auch die Beklagte die gemeinnützigen und idealen Seiten keineswegs aberkennen will, tritt die gewerbliche Tätigkeit des Beschäftigten Dienstpersonals (Reinigung und Instandbringung der abvermieteten Zimmer, Zubereitung der Mahlzeiten für die Klubmitglieder, die hier den Gästen einer Gasthauswirtschaft ganz gleichstehen) unbedingt in den Vordergrund, so daß diese Tätigkeit für die Versicherung nach § 439 RVO. maßgebend ist.

Der Frauenklub, der im Verfahren nach § 258 RVO. der Landkrankenkasse beigetreten war, focht die Entscheidung mittels Beschwerde an. Die Beschwerde wurde aber vom Oberversicherungsamt aus den für zutreffend erachteten Gründen des Versicherungsamts, als unbegründet zurückgewiesen.

„Regelmäßiger" Jahresarbeitsverdienst (§ 165 Abs. 2 RVO.) wird durch vorübergehende Minderung nicht berührt.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) **vom** 8. Mai 1916.

Der Revision, deren Zulässigkeit keinem Bedenken unterlag, mußte der Erfolg versagt werden, denn eine für den Kläger günstige Entscheidung war schon dadurch ausgeschlossen, daß das Revisionsgericht den Standpunkt des Oberversicherungsamts, daß der Kläger vom 1. Oktober 1914 an der Versicherungspflicht unterlag, nicht zu teilen vermochte. Die für diese Annahme des Oberversicherungsamts maßgebende Feststellung, daß vom 1. Oktober 1914 ab der Betrag von 2400 M. als der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst des Klägers anzusehen sei, beruht auf einem Verstoß wider den klaren Inhalt der Akten. Der Kläger hat vor dem 1. Oktober 1914 jahrelang ein Jahresgehalt von mehr als 2500 M. bezogen, und der von dem Oberversicherungsamt als Zeuge vernommene Vertreter seines Arbeitgebers hat ausgesagt, daß er zwar über die zukünftige Erhöhung des Gehaltes des Klägers noch nicht Bestimmtes sagen könne, daß aber das Gehalt „natürlich evtl. zur der früheren Höhe steigen werde," wenn der Kläger wieder gesund werden und insbesondere seine Gehfähigkeit wieder erlangen sollte. Danach war zunächst nur eine vorübergehende Herabsetzung des Gehalts beabsichtigt, und es konnte insbesondere zu der Zeit, als der Versicherungsfall eintrat, Anfang Oktober 1914, noch nicht übersehen werden, daß die damals verfolgte Verminderung des Einkommens des Klägers auf einen Betrag, der nur um 100 M. von der die Versicherungspflicht ausschließende Grenze von 2500 M. zurückblieb, längere Zeit dauern würde.

Da schon aus diesem Grunde der Klageanspruch der Abweisung unterliegen mußte, konnte die Frage, ob der Kläger am 1. Oktober 1914 bereits krank und arbeitsunfähig war und ob dadurch sein Anspruch ausgeschlossen gewesen wäre, unentschieden bleiben.

„Häusliche Gemeinschaft" als Voraussetzung des Anspruchs auf Sterbegeld.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** vom 3. März 1916 (23 896 K).

Der Buchbinder J. L. in München hatte bei seiner Einberufung zum Heeresdienst am 25. Febr. 1915 seine Mitgliedschaft bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse M. freiwillig fortgesetzt. Anfangs Mai 1915 erhielt er einen dreitägigen Urlaub, da er sich verheiraten wollte. Am 8. Mai 1915, dem zweiten Urlaubstag, schloß er mit der Klägerin die Ehe. Den der Eheschließung vorhergehenden ersten Urlaubstag wohnte er noch bei seinen Eltern, am zweiten und dritten Urlaubstag bei seiner Frau, die in der Herzogstraße ein möbliertes Zimmer innehatte. Hier nahmen die Eheleute auch ihre Mahlzeiten ein, die Klägerin sorgte für die gemeinsamen Bedürfnisse. Eine mit eigenen Einrichtungsgegenständen ausgestattete Wohnung wollten sie erst nehmen, wenn der Mann aus dem Felde zurückkehrte. Schon vor ihrer Verheiratung hatte der Mann der Klägerin regelmäßig seine freien Stunden in ihrer Wohnung verbracht, mittags und abends bei ihr gegessen; sie hatte ihm Kleider und Wäsche in Ordnung gehalten. Am 21. September 1915 fiel er in Nordfrankreich. Er wurde im Feld militärisch bestattet. Begräbniskosten sind nicht entstanden. Seine Witwe, die Klägerin, beanspruchte von der Allgemeinen Ortskrankenkasse M. das Sterbegeld, dessen Bezahlung die Kasse jedoch ablehnte, weil eine häusliche Gemeinschaft des Verstorbenen mit seiner Frau im Sinne des § 203 RVO. nicht bestanden habe.

Das Versicherungsamt sprach der Klägerin das Krankengeld zu aus folgenden Gründen:

Auf den Ueberschuß des Sterbegeldes, der sich nach Bezahlung der Begräbniskosten ergibt, haben die Angehörigen des Verstorbenen in festgesetzter Reihenfolge Anspruch. In Fällen, in denen wie hier, Begräbniskosten nicht entstanden sind, muß das ganze Sterbegeld als Ueberschuß im Sinne des § 203 RVO. und in seinem vollen Betrag dem Berechtigten ausgezahlt werden, grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 1. Februar 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 434, Arb.Vers. 1915 S. 395).

Voraussetzung ist jedoch, daß die Angehörigen mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben, § 203 Satz 2 RVO. Darunter versteht das Gesetz eine auf gewisse Dauer angelegte Hausgemeinschaft (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 2 zu § 203 RVO.). Es ist deshalb zu entscheiden, ob zwischen der Klägerin und ihrem verstorbenen Mann während der beiden Urlaubstage, die er nach ihrer Verheiratung noch in ihrer Wohnung in München verbrachte, eine auf die Dauer angelegte Hausgemeinschaft bestand.

Wenn eine solche im allgemeinen auch räumliches Zusammenleben erfordert (RVA. 1895 Amtl. Nachr. 1914 S. 694, Arb.Vers. 1914 S. 811), so wird sie doch durch bloß vorübergehende Abwesenheit zur Zeit des Todes nicht aufgehoben. Insbesondere hebt nach der erwähnten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 1. Februar 1915 die Einberufung zum Kriegsdienst die häusliche Gemeinschaft nicht ohne weiteres auf, sofern nämlich nicht der Wille der Beteiligten auf Aufhebung der häuslichen Gemeinschaft gerichtet war. Es kommt deshalb vorliegendenfalls darauf an, ob der Ehemann der Klägerin, als er nach dreitägigem Urlaub wieder zum Kriegsdienst einrückte, in der kurzen auf seine

Verheiratung folgenden Zeit eine auf die Dauer angelegte Hausgemeinschaft mit der Klägerin begründet hatte. Daß er im Zeitpunkte seines Todes der häuslichen Gemeinschaft, sofern eine solche bestanden hatte, fern war, steht der Annahme einer solchen nicht im Weg.

Unter häuslicher Gemeinschaft ist, wie im Rechtsleben überhaupt, so auch hier die gemeinschaftliche Führung des Haushaltes, die gemeinsame Befriedigung der Lebensbedürfnisse, wie sie in der Regel in dem Wohnen unter demselben Dach und in der gemeinschaftlichen Einnahme der Mahlzeiten zutage tritt, zu verstehen. Die Klägerin hat mit ihrem Ehemann die ein und einhalb Tage nach ihrer Verheiratung gemeinsam das Zimmer, das sie schon vor ihrer Verheiratung inne hatte, bewohnt und die Mahlzeiten gemeinschaftlich mit ihm eingenommen. Sie hat auch für seine sonstigen Bedürfnisse gesorgt. Nach den dargelegten Grundsätzen führte sie deshalb mit ihm einen gemeinschaftlichen Haushalt. Dieser war nach dem Willen der Ehegatten auch auf die Dauer angelegt, wenn auch nicht in Aussicht genommen war, ihn später nach der Rückkehr des Mannes aus dem Krieg unter den für ein längeres häusliches Zusammenleben unzureichenden räumlichen Verhältnissen fortzuführen. Nach der Rückkehr des Mannes aus dem Feld wäre deshalb der gemeinschaftliche Haushalt nicht erst begründet worden, es hätte sich nur der Rahmen, in dem er die kurze Urlaubszeit über bestand, geändert. In welchem Rahmen aber sich der gemeinschaftliche Haushalt abspielt, ob er größeren oder geringeren Ansprüchen genügt, ist begrifflich gleichgültig.

Die Klägerin stand deshalb zur Zeit, als ihr Ehemann im Felde fiel, mit ihm in häuslicher Gemeinschaft. Ihr Anspruch auf das ihrer Lohnstufe entsprechende Sterbegeld von 50 M. war deshalb gerechtfertigt.

Voraussetzungen und Erfüllungsort des Anspruchs auf Familienhilfe.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Kiel** vom 9. Mai 1916 (G. III Str. L. 27).

Es handelt sich um einen Anspruch auf Ersatz für selbstbeschaffte Familienhilfe. Auch ein solcher Anspruch hat eine Leistung der Krankenversicherung zum Gegenstand. Die sachliche Zuständigkeit des Versicherungsamts ergibt sich mithin aus § 1636 RVO., die örtliche aus § 1637, da der Kläger, wenn auch jetzt bei der Torpedowerkstatt Friedrichsort, d. h. im Bezirke des Königlichen Versicherungsamts Eckernförde, beschäftigt, doch während der Arbeitswoche sein Unterkommen in Kiel hat, mithin (auch) in Kiel „wohnt".

Die Berechtigung des Klägers, den Anspruch im eigenen Namen geltend zu machen, folgt daraus, daß der Anspruch auf Familienhilfe dem Mitglied als solchen und nicht dem Familienangehörigen selbst zusteht, wie mit **Hoffmann** (Kommentar, Vorbemerkung I vor § 205) gegen **Hahn**, (Handb. 8. und 9. Auflg. § 205 Anm. 2d) anzunehmen ist.

Die Voraussetzungen für die Gewährung von Familienhilfe gemäß § 21 der Kassensatzung sind im vorliegenden Fall insofern erfüllt, als, wie nicht streitig ist, die Ehefrau des Klägers am 4. Mai 1915, mithin lange nach Eintritt des Klägers in die seine Mitgliedschaft bei der Beklagten begründende Beschäftigung, erkrankt und mehr als 13 Wochen krank gewesen ist. Die Beklagte fordert aber zur Begründung des Anspruchs weiter, daß die Familienangehörigen, für die Familienhilfe in Anspruch genommen wird, zum Haushalt des Kassenmitglieds gehören und verneint das für den vorliegenden Fall.

Dieser Einwand ist jedoch weder rechtlich noch tatsächlich begründet. Rechtlich deswegen nicht, weil die Kassensatzung eine Beschränkung auf „zum Haushalt" gehörige Familienangehörige **nicht** enthält. Diese Beschränkung findet sich zwar häufig in den Kassensatzungen, z. B. auch in der Mustersatzung für gewerbliche Betriebskrankenkassen, hier allerdings nur wahlweise an zweiter Stelle in folgender Fassung: „an .... Familienmitglieder der Versicherten, die in seinem Haushalt leben". Immer aber bedarf diese Einschränkung, wenn sie gelten soll, ausdrücklicher Aufnahme in die Satzung (so offenbar auch die Meinung **Hahns**, Handb. § 205 Anm. 2b und **Hoffmanns**, Kommentar § 205 Anm. 4 Abs. 1); auch die grundsätzliche Entscheidung Nr. 2143 des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1916 S. 347), die den — mit dem Begriff des Familienmitglieds im Sinne des § 205 gleichbedeutenden (Hoffmann a. a. O.) — Begriff des „Angehörigen" im Sinne des § 186 RVO. erläutert, weiß von einer solchen Einschränkung, wie die Beklagte sie in den Begriff hineinlegen will, nichts. Gegenüber dem klaren Wortlaut der Satzung, eben dem Fehlen einer ausdrücklichen Einschränkung, kann es dann auf die Entstehungsgeschichte, auf die sich die Beklagte ohne nähere Darlegung beruft, nicht ankommen, weil eine klare Fassung, wie das Reichsversicherungsamt vielfach hervorgehoben hat, der Auslegung keinen Raum bietet. Ebenso wenig kann für den Sinn der Satzung die bisherige Handhabung maßgebend sein, vielmehr entscheidet der erstere über die Richtigkeit der letzteren. **Tatsächlich** ist sodann dieser Einwand deswegen verfehlt, weil die Ehefrau des Klägers nach wie vor zu seinem Haushalt gehört. Denn der Haushalt des Klägers befindet sich in Lübeck, und indem er allwöchentlich über Sonntag dorthin zurückkehrt, lebt er in häuslicher Gemeinschaft mit

seiner dort wohnhaften Ehefrau; wenn das Reichsversicherungsamt — mit vollem Recht — annimmt, daß die Einberufung zum Heeresdienst trotz der unter Umständen monate- und jahrelangen Abwesenheit, die sie bedingt, die häusliche Gemeinschaft nicht aufhebt (Grundſ. Entſch. 1992, Amtl. Nachr. 1915 S. 432), so muß das erst recht für Fälle der vorliegenden Art gelten, wo der Ehemann nur während der Arbeitstage auswärts, Sonntags aber zu Hause ist.

Ebensowenig haltbar ist der andere Einwand der Beklagten, der sich darauf stützt, Krankenpflege könnten die Familienangehörigen, ebensowie die Mitglieder selbst, nur durch den Kassenarzt beanspruchen. Die Bestimmung in § 10 der Satzung besagt grundsätzlich nichts anderes, als daß die Kasse eben nicht freie Arztwahl, sondern das Kassenarztsystem hat. So wenig dadurch die Inanspruchnahme eines anderen Arztes für Rechnung der Kasse in dringenden Fällen ausgeschlossen wird (§ 368), so wenig kann dieser in ganz andere Richtung zielende Satz den Sinn haben, den Anspruch auf Familienhilfe auf diejenigen Familienangehörigen zu beschränken, die im Bereich eines Kassenarztes wohnen. Das wäre eine zweifellos unzulässige Ungleichmäßigkeit in der Behandlung der Mitglieder (vgl. Hahn § 205 Anm. 2a Abs. 2) und die Kasse hätte es in der Hand, die Familienhilfe dadurch nach Belieben örtlich zu begrenzen, daß sie an diesen oder jenen Orten keinen Kassenarzt bestellt. Darin hat der Kläger durchaus recht: Wenn die Beklagte verpflichtet war, seiner Ehefrau in Lübeck Krankenpflege zu gewähren, so kann sie sich nicht darauf berufen, daß sie dort keinen Kassenarzt habe, muß dann vielmehr, wenn sie das nicht vorgesehen hat, die Inanspruchnahme eines anderen Arztes gegen sich gelten lassen.

Die entscheidende Frage, die in den Ausführungen der Beklagten nicht zur Geltung kommt, ist vielmehr die ob sie denn überhaupt verpflichtet war, der Ehefrau des Klägers in Lübeck Krankenpflege zu gewähren, d. h. ob in Lübeck ein Erfüllungsort für die Verpflichtung der Kasse zur Gewährung der Krankenpflege bestand. Diese Frage ist nach Lage der Sache zu bejahen. Als Erfüllungsort für den Anspruch auf Krankenpflege ist zwar entsprechend der örtlichen Begrenzung der Kassen, nicht jeder beliebige Ort, sondern in erster Linie der Kassenbezirk — bei Betriebskrankenkassen demgemäß der Kassenbereich — (vgl. Hahn, Anm. zu § 528) — ein Ort außerhalb aber dann, wenn er Beschäftigungs- oder Wohnort des Versicherten ist; dabei ist der Wohnort der Familie als Wohnort des auswärts Beschäftigten wenigstens dann anzusehen, wenn er wenigstens wöchentlich nach Abschluß der Arbeitswoche zur Familie zurückkehrt. (Hahn, Handb. § 182 Anm. 10a wenn Hahn § 205 Anm. 2b a. E. unter Hinweis auf die vorgenannte Stelle davon spricht, außerhalb des Kassenbezirks könne die Leistung überhaupt nicht gefordert werden, so ist das offensichtlich keine Einschränkung des früher Gesagten, sondern nur ein kurzer, nur den Regelfall treffender und insofern nicht ganz genauer Ausdruck). Daraus ergibt sich die Leistungspflicht der Beklagten in Lübeck und mithin, da sie dort ärztliche Hilfe nicht bereit gestellt hat, dem Grunde nach auch ihre Ersatzpflicht für die selbstbeschaffte Krankenpflege. Schwierigkeiten, die sich aus dem Bestehen solcher auswärtigen Erfüllungsorte ergeben, an denen ein Kassenarzt zu halten nicht wohl in Frage kommt, lassen sich übrigens, wie hier hervorgehoben sein mag, großen Teils mit Hilfe der Ueberweisung an die Kasse des Wohnorts beheben, die auch für die Familienhilfe ausdrücklich zugelassen ist (§ 219 Abs. 2). Daß der Kläger sich nicht erst um solche Ueberweisung an die Beklagte gewandt hat, kann ihm, ganz abgesehen von der anscheinend gegebenen Dringlichkeit des Falls, schon deswegen nicht entgegengehalten werden, weil er bei dem grundsätzlichen Standpunkt der Beklagten damit offenbar doch keinen Erfolg gehabt hätte.

Dieser Standpunkt erweist sich demnach als unhaltbar gegenüber denjenigen Fällen, in denen der auswärtige Ort als Wohnort des Mitglieds Erfüllungsort der Kasse ist; hier muß die Kasse nicht nur — und zwar kraft Rechtspflicht — die Kosten für Spezialarzt, Krankenhaus und Arznei tragen, sondern gerade in erster Linie auch die Kosten für allgemeine ärztliche Behandlung. Dagegen ist der ablehnende Standpunkt der Beklagten, wie ausdrücklich hervorgehoben sein mag, rechtlich zutreffend in allen den Fällen, in denen der auswärtige Wohnort der Familie nicht mehr Wohnort des Mitglieds und mithin nicht Erfüllungsort der Kasse ist; dann braucht die Kasse dort Krankenpflege grundsätzlich überhaupt nicht zu leisten. Ist die Klage somit dem Grunde nach gerechtfertigt, so war sie doch bezüglich der Höhe nicht spruchreif. . . .

Zur Begründung einer formalen Mitgliedschaft nach § 315 RVO.

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts des Kreises Teltow** v. 24. November 1915; b) des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 11. April 1916.

a)

Die unverehelichte G. trat Ende Oktober 1914 in die Dienste des Privathaushaltes eines Redakteurs, der sie am 31. Oktober 1914 als „Haushälterin" bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse anmeldete. Diese erhob die Beiträge bis zum 31. Dezember 1914. Als die G. Ende Januar d. J. erkrankte und die Hilfe der Ortskranken-

kasse in Anspruch nehmen wollte, wurde ihr gemäß der Bundesratsverordnung vom 23. Mai 1914 (RGBl. S. 141, Arb.Vers. 1914 S. 401) bedeutet, daß sie seit dem 1. Januar 1915 der Landkrankenkasse angehöre und sich mit ihren Ansprüchen an diese zu wenden habe. Da die G. auch bei der Landkrankenkasse abgewiesen wurde, erhob sie Beschwerde. Gegen diese macht die Landkrankenkasse geltend, daß die Beschwerdeführerin tatsächlich nicht „Wirtschafterin" sondern der Tätigkeit nach, die ihr in dem Haushalt des genannten Arbeitgebers obgelegen hätte, Dienstbote und daher zu Unrecht bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse angemeldet gewesen sei. Da aber die letztere gleichwohl die Anmeldung und die Beiträge angenommen hätte, so habe die G. auf Grund des § 315 RVO. die formale Mitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse erworben, und diese sei daher die der Beschwerdeführerin verpflichtete Krankenkasse. Dem gegen diese Auffassung der Landkrankenkasse sprechenden Umstände, daß die Allgemeine Ortskrankenkasse die Beiträge für die Beschwerdeführerin nur für die Zeit von Ende Oktober bis Ende Dezember 1914 also nicht, wie es nach § 315 für den Erwerb der formalen Krankenkassenmitgliedschaft vorgeschrieben ist, drei Monate lang angenommen hat, begegnet die Landkrankenkasse mit dem Einwand, daß die „unbeanstandete Annahme der Beiträge" nicht gleichbedeutend mit Zahlung der Beiträge sei. Die rein körperliche Uebergabe des Betrages sei ein unwesentliches und rein formales Moment, während die „Annahme des Beitrages" schon damit erfolgt und rechtsverbindlich sei, wenn bis zum Tage der Fälligkeit des Beitrages keine der Annahme entgegengesetzte Erklärung von Seiten der Kasse ausgesprochen werde. Mit dem Eintritt der Fälligkeit sei durch die Kasse die Annahmeerklärung des Beitrages stillschweigend erfolgt, der mit diesem Augenblick ein beitreibbarer Schuldtitel der Kasse werde. Ob die Zahlung des Beitrages nachträglich wirklich erfolge, oder ob die Forderung wegen fruchtloser Pfändung oder sonstiger Umstände unbeitreibbar sei, könne die Wirkung des § 315 nicht ausschließen oder beeinträchtigen.

Das Versicherungsamt verurteilte die Landkrankenkasse zur Gewährung der Krankenhilfe aus folgenden Gründen:

Die Auffassung der Landkrankenkasse, daß die Beschwerdeführerin in dem Haushalte des Redakteurs F. tatsächlich Dienstbote und nicht Wirtschafterin gewesen und daher zu Unrecht bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin-Friedenau angemeldet gewesen sei, hat sich bei der Prüfung der Beschwerde als richtig erwiesen. Dieser ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung nach gehörte die G. sonach von Beginn an der Landkrankenkasse Berlin-Friedenau an. Auch dem sich auf § 315 RVO. beziehenden weiteren Einwand der Landkrankenkasse ist im allgemeinen beizutreten. Die Landkrankenkasse übersieht jedoch, daß in dem vorliegenden Fall infolge der Bundesratsverordnung vom 24. Mai 1914 die Krankenkassenbeiträge für die Beschwerdeführerin am 1. Januar d. J. bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin-Friedenau nicht mehr zur Zahlung fällig werden konnten. Steht es hiernach fest, daß die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin-Friedenau die Beiträge für die Beschwerdeführerin nicht drei Monate lang angenommen, und die G. sonach die formale Mitgliedschaft bei der zuletzt erwähnten Krankenkasse nicht erworben hat, so mußte, wie geschehen, entschieden werden.

b)

Auf Berufung der Landkrankenkasse hob das Oberversicherungsamt die Entscheidung des Versicherungsamts auf und verurteilte die **Ortskrankenkasse** zur Gewährung der Krankenhilfe mit folgender Begründung:

Es kann dahingestellt bleiben, ob die Klägerin ihrer dienstlichen Stellung beim Redakteur F. nach, nachdem sie vom 1. Januar 1915 ab infolge der Bestimmung des Bundesrats vom 23. Mai 1914 (RGBl. 1914 S. 141) zweifellos für die Landkrankenkasse zuständig war, für die Zeit vom 19. Oktober 1914 an, dem Tage ihrer Anmeldung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse, bis zum 1. Januar 1915 diese oder die Landkrankenkasse zuständig war. Entscheidend war für das Oberversicherungsamt, daß es im Gegensatz zum Vorderrichter zur Ueberzeugung gelangte, daß § 315 RVO. in Anwendung zu bringen ist.

Nach diesem Paragraphen entsteht eine formale Mitgliedschaft bei derjenigen Kasse, welche für einen Versicherungspflichtigen nach vorschriftsmäßiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat bis zu dem Tage, wo der Kassenvorstand den Versicherten oder seinen Arbeitgeber schriftlich an eine andere Kasse verweist. Nachdem die G. am 19. Oktober 1914 Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse geworden war, wurde ihr erst Ende Januar 1915, als sie den Antrag auf Krankenunterstützung stellte, vom Kassenvorstande der Bescheid erteilt, daß sie zur Landkrankenkasse gehöre, also nach Ablauf von 3 Monaten. Wenn nun auch für den Monat Januar 1915 die Kassenbeiträge für sie noch nicht eingezogen waren, die Beiträge vielmehr zunächst nur für die Monate Oktober, November, Dezember 1914 geleistet wurden, so war doch anzunehmen, daß auch für den Monat Januar 1915 die Einziehung erfolgt wäre, wenn nicht durch den Antrag der Klägerin auf Gewährung von Krankenhilfe die Ortskrankenkasse zur Nachprüfung der Zuständigkeitsfrage veranlaßt worden wäre. Indem die Ortskrankenkasse mithin so lange die Klägerin im Glauben ließ, daß sie ihr Mitglied wäre und sich ihrer Pflicht, die Zugehörigkeit der bei ihr angemeldeten Mitglieder ihrerseits zu prüfen (vgl. Motive zum Entwurf zur RVO. S. 197) entzog, mußte sie den § 315 RVO. gegen sich gelten lassen und nach Eintritt des Arbeitsunfähigkeitsfalles bis zur Hebung desselben (§ 311

RVO.) die Klägerin noch als Mitglied ansehen.

Anmerkung: Die Entscheidung des Oberversicherungsamts erscheint recht bedenklich. Eine formale Versicherung im Sinne des § 315 RVO. (wie im Sinne des § 213) darf nur angenommen werden, wenn die Kasse ihre Auffassung, daß eine Person ihr als Mitglied angehöre, nach der Anmeldung durch unbeanstandete Annahme der Beiträge während dreier Monate betätigt hat (zu vgl. RVA. 2109 Amtl. Nachr. 1915 S. 759, Arb.Vers. 1916 Heft 3 S. 56). Deshalb durfte die Voraussetzung des § 315 nicht schon als erfüllt erachtet werden auf Grund der bloßen Annahme, daß auch für den Januar 1915 noch die Einziehung des Beitrags erfolgt wäre, wenn nicht durch den Anspruch auf Krankenhilfe die Kasse zur Nachprüfung der Zuständigkeitsfrage veranlaßt worden wäre.

Beiträge dürfen nur für Arbeitstage erhoben werden. — Die Versicherung bleibt im Falle des § 313 RVO. so bestehen, wie vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. April 1916 (2213 Amtl. Nachr. 1916 S. 553).

Frau M. ist bis 1911 viele Jahre bei der Firma L. als Heimarbeiterin tätig gewesen. Sie hat nur Werktags, niemals aber Sonntags gearbeitet oder Arbeiten abgeliefert. Während dieser Zeit war sie versicherungspflichtiges Mitglied der beschwerdeführenden Kasse. Nach Aufgabe ihrer Beschäftigung ist sie freiwilliges Mitglied der Kasse geblieben und hat der zweiten Lohnstufe angehört. Die Kasse fordert von Frau M. monatliche Kassenbeiträge in Höhe von 2 ℳ 70 Pf., indem sie der Berechnung 30 Beitragstage zu Grunde legt. Hiergegen hat Frau M. unter Bezugnahme auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamts 1788 (Amtl. Nachr. 1913 S. 829) Widerspruch erhoben. Es dürften von ihr, so führt sie aus, da sie an Sonntagen keine Arbeit geleistet habe, nur für 25 Tage Beiträge im Monat erhoben werden. Die Kasse hat zunächst eingewendet, daß die vorgenannte Entscheidung hier nicht zutreffe. Frau M. gehöre der Kasse als selbstzahlendes Mitglied an, und es könnten daher die früheren Arbeitstage für die Beitragsberechnung nicht entscheidend sein. Weiter sei nachzuprüfen, ob Frau M. nicht einer höheren, nämlich der vierten Stufe anzugehören habe. Endlich seien die Bestimmungen ihrer Satzung für die Erhebung der Beiträge allein maßgebend. Das Versicherungsamt hat nach dem Antrag der Frau M. erkannt. Auf die Beschwerde der Kasse hat das Oberversicherungsamt die Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben und im Abgabebeschluß im wesentlichen folgendes ausgeführt: Da Frau M. nach Angabe ihrer Arbeitgeberin in der Woche 12 ℳ verdient habe, so sei sie, einerlei, ob sie nur Werktags oder auch Sonntags gearbeitet habe, der zweiten Stufe zuzuweisen, die sämtliche Kassenmitglieder mit einem täglichen Entgelt von 1 ℳ 16 Pf. bis 2 ℳ 15 Pf. umfasse. Weiter frage es sich, ob die Kasse Beiträge für 30 Tage oder nur für Arbeitstage in jedem Monat erheben dürfe. Die Auffassung der Kasse erscheine dem Oberversicherungsamt unbedenklich. Die anscheinend entgegenstehenden Ausführungen in der Entsch. 1788 seien in der Zeitschrift „Die Arbeiter-Versorgung" 1914 S. 153 und S. 691 zutreffend widerlegt.

Das Reichsversicherungsamt hat die Beschwerde der Kasse zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Dem Oberversicherungsamt ist darin beizupflichten, daß im Hinblick auf die Erklärung der früheren Arbeitgeberin die Zuteilung der Frau M. zur zweiten Lohnklasse zu Recht erfolgt ist. Da der Grundlohn 2 ℳ beträgt und zur Zeit 4½ Hundertstel des Grundlohns erhoben werden, so beträgt der tägliche Beitrag 9 Pf. Es fragt sich aber weiter, ob die Kasse grundsätzlich für jede Woche nur 6 Tage oder für 7 Tage und demgemäß monatlich für 25 oder 30 Tage Beiträge erheben kann.

Die Kasse geht davon aus, daß die Fassung ihrer genehmigten Kassensatzung entscheidend sein müsse. Wäre dies der Fall, so würde es eines näheren Eingehens auf die Streitfrage nicht bedürfen. Der Ansicht der Kasse vermochte jedoch der erkennende Senat nicht beizupflichten. Eine gesetzwidrige Bestimmung wird nicht durch Genehmigung der Satzung rechtswirksam. Im Streitfalle haben vielmehr die entscheidenden Instanzen die Bestimmung auf ihre Rechtsgültigkeit zu prüfen (zu vgl. Entsch. 1918, Amtl. Nachr. 1914 S. 768, namentlich Abs. 4). Der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts hat die Frage, ob auch für Sonntage, die keine Arbeitstage sind, Beiträge erhoben werden dürfen, bereits in der Entsch. 1788 verneint. Diese Entscheidung ist mehrfach erörtert worden (zu vergl. der im Abgabebeschluß erwähnte Aufsatz Hahns, Arb.Vers. 1914 S. 153, ferner die Entsch. des Versicherungsamts Hamburg vom 22. Juni 1914, abgedruckt in der Arb.Vers. 1914 S. 691, außerdem v. Gelbern, Der Einfluß der Sonntagsarbeit auf Lohnklasse und Beitragszahlung, Arb.Vers. 1916 S. 124 ff., endlich die Verhandlungen des Hauptverbandes Deutscher Ortskrankenkassen in Darmstadt vom 13. bis 15. Juli 1914). Der Beschlußsenat, der seinen früheren Standpunkt auch nach erneuter Prüfung aufrechthält, nimmt daher Anlaß, ihn noch einmal eingehend darzulegen. In erster Linie ist gegen diese Auffassung eingewendet worden, daß die vom Reichsversicherungsamte betonte enge Beziehung zwischen Beiträgen und Arbeitstag aus dem Gesetze nicht zu begründen sei (zu vgl. Hahn, Arb.Vers. 1914 S. 153). Dies erfordert, auf die Entstehungsgeschichte des Gesetzes näher einzugehen. Das Krankenversicherungsgesetz wie die zugehörigen Vorverhandlungen ergeben für diese Frage keinen bestimmten Anhalt. Auch die ersten Auflagen der Kommentare dieses Gesetzes enthalten nichts hierüber. Indessen bereits in den Verhandlungen zu einem Berichte der Kommission für Petitionen vom 11. Februar 1886 (Reichstagsdrucksachen Bd. 90

S. 671) wurde die Frage gestreift. Auf Grund einer Petition der Mitglieder der Eisenbahnwerkstätten-Krankenkassen wurde dem Reichskanzler ein Antrag auf Abänderung des § 6 KVG. zur Erwägung überwiesen, wonach bei Krankheiten, welche 6 Tage und länger dauern, für die ersten 3 Tage sowie für die Sonntage Krankengeld gezahlt werden sollte. Im Laufe der Verhandlungen hatte ein Regierungsvertreter darauf hingewiesen, daß die Bemessung des Krankengeldes nach Arbeitstagen zu der in §§ 9 und 22 des Gesetzes vorgeschriebenen Bemessung der Beiträge nach Prozenten der Löhne in Beziehung stehe. Demnächst erklärte der Königl. Preuß. Kommissar, daß die Frage, ob es einer Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes bedürfe, um das Krankengeld auch für die Sonntage gewähren zu können, für einen großen Teil der Arbeiter der Eisenbahn ohne Belang sei. Es werde für gesetzlich zulässig erachtet, bei Erhebung der Beiträge und bei Festsetzung des Krankengeldes die Sonntage bei allen Arbeiterklassen mitzuberücksichtigen, welche nach der Natur ihrer Dienstverrichtungen an Sonntagen zu beschäftigen seien. Später, bei den Verhandlungen der Reichstagskommission über die Novelle zum Krankenversicherungsgesetze vom 10. April 1892, kam man auf die Frage zurück. Damals wurde die Vorschrift des § 21 a Abs. 1 Ziff. 1 a KVG. in das Gesetz aufgenommen, wonach das Krankengeld allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen schon vom Tage des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ab sowie für Sonn- und Festtage gewährt werden kann. Bei dieser Gelegenheit wurde von einem Regierungsvertreter wegen der Beitragsleistung für Sonntage, die Arbeitstage seien, erklärt, daß, wenn die Arbeiter an Sonntagen arbeiteten, dieser Tag als Arbeitstag zu betrachten wäre. Die Arbeiter müßten für diesen Tag Beiträge zahlen, hätten aber nach § 6 Ziff. 2 KVG. auch Anspruch auf Krankengeld (Reichstagsdrucksachen Bd. 123 S. 2339). Damit war zum Ausdruck gebracht, daß Beiträge nur für Arbeitstage erhoben werden sollten. In Uebereinstimmung damit bemerkte v. Woedtke, Kommentar zum Krankenversicherungsgesetze, 5. Aufl. in Anm. 10 zu § 6 unter ausdrücklicher Erwähnung der Kommissionsverhandlungen: „Wem aber an Sonntagen, weil er an denselben arbeiten muß, Krankengeld zukommt, der hat auch für die Sonntage Beiträge zu leisten". Und v. Schicker äußerte sich in der zweiten Auflage seines Kommentars zum Krankenversicherungsgesetze bei dem die Festsetzung von Wochenbeiträgen empfehlenden § 27 des Entwurfs eines Statuts einer Gemeindekrankenversicherung, daß, wenn keine Wochenbeiträge, sondern nur Beiträge für die Arbeitstage erhoben würden, eine Bestimmung aufgenommen werden müßte, daß für die Sonntage und allgemeinen Feiertage, an welchen nicht gearbeitet wird kein Beitrag in Ansatz komme. Auch Hoffmann sprach sich in seinem Kommentare zum Krankenversicherungsgesetze 1908 Anm. 9 zu § 6 dahin aus, daß Beiträge nur für Arbeitstage erhoben werden dürften. Anderer Ansicht war anscheinend Hahn (zu vgl. Arb.Vers. 1908 S. 361 ff.). Zunächst wollte er einen zwingenden Rechtssatz in dem Sinne, daß, wer für den Sonntag Krankengeld beanspruche, auch einen entsprechend höheren Beitrag zahlen müsse, nicht anerkennen. Er nahm vielmehr eine solche Verpflichtung nur für den Fall an, daß das Statut eine entsprechende Bestimmung enthalte. Daher erachtete er auch eine Kasse auf Grund des Gesetzes zur Erhebung von höheren Beiträgen für Sonntagsarbeiter nicht für verpflichtet. Ferner verwies er auf § 31 des damals gültigen Musterstatuts für Ortskrankenkassen. Dort seien in Abs. 1 wöchentliche Kassenbeiträge in festgesetzten Beträgen vorgesehen, und in Abs. 2 sei bestimmt, daß die Beiträge immer für volle Wochen zu entrichten seien und das als Woche der Zeitraum von Montag bis Sonntag (einschließlich) gelte. Es sei also ein Beitrag für 7 Tage festgesetzt ohne Unterscheidung zwischen Mitgliedern, für welche die Sonntage Arbeitstage seien und solchen, bei denen dies nicht der Fall sei. Hahn wollte aus dieser Bestimmung offenbar folgern, daß allgemein die Erhebung von Beiträgen für jeden Tag zulässig sei. Dabei verkannte er aber die Bedeutung der bezeichneten Bestimmung des Musterstatuts. Ihr lag die Vorschrift des § 52 Abs. 3 KVG. zu Grunde, nach der durch Gemeindebeschluß mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde oder durch Kassenstatut bestimmt werden konnte, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben oder zurückgezahlt werden. Diese Vorschrift wurde in der Begründung zum Entwurfe der Novelle vom 10. April 1892 lediglich damit erläutert, daß sie sich im Interesse einer Vereinfachung der Kassen- und Rechnungsführung als dringend erwünscht herausgestellt habe (Reichstagsdrucksachen Bd. 122 S. 911). Dieser Gesichtspunkt konnte aber nur beim Ausscheiden von Mitgliedern aus der Kasse (zu vgl. Entsch. 1789, Amtl. Nachr. 1913 S. 831) und höchstens beim Eintritt in Frage kommen, falls sich diese Tatsachen im Laufe einer Kalenderwoche ereigneten, um alsdann der Kasse eine umständliche tageweise Berechnung der Beiträge zu ersparen. Dieser Vorschrift kann hiernach lediglich eine formelle Bedeutung im Interesse der Vereinfachung der Kassen- und Rechnungsführung beigemessen, dagegen in ihr nicht eine sachliche Erweiterung der Befugnisse der Kasse hinsichtlich der Beitragserhebung erblickt werden. Somit galt unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes der

Grundsatz, daß Beiträge nur für Arbeitstage erhoben werden dürfen. Da dieses Gesetz für das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung grundlegend geworden ist und aus ihm die Richtlinien für die Regelung der Krankenversicherung, insbesondere über Krankengeld, Arbeitstag und Beiträge übernommen wurden, so muß jener Grundsatz auch für das Recht der Reichsversicherungsordnung solange maßgebend bleiben, als sich nicht aus dem Gesetze selbst oder seiner Entstehungsgeschichte zwingende Gründe dagegen entnehmen lassen. Das ist aber nicht der Fall. Vielmehr wird dieser Grundsatz durch die Vorschriften des § 385 Abs. 1 und des § 180 RVO. bestätigt. Hiernach sind die Beiträge in Hundertsteln des Grundlohnes zu bemessen; diesem ist aber der durchschnittliche Tagesentgelt (Arbeitsverdienst) zu Grunde zu legen, und ein solcher wird nur an Arbeitstagen erzielt. Würde man annehmen, daß die Kassen Beiträge nicht nur für Arbeitstage, sondern auch für arbeitsfreie Tage erheben dürften, so wäre eine unverhältnismäßig hohe Beitragsbelastung derjenigen Mitglieder die Folge, die nur an bestimmten Tagen in der Woche oder gar nur an einem Tage arbeiten. Zur Unterstützung der gegenteiligen Auffassung wird auch die Vorschrift des § 384 Abs. 3 RVO. (zu vgl. Arb.Vers. 1914 S. 34) herangezogen. Dabei wird allerdings im Eingang dieser Ausführungen zugegeben, daß erhebliche Zweifel hinsichtlich des Verhältnisses dieser Vorschrift zu § 386 RVO. beständen. In § 384 Abs. 3 RVO. ist vorgeschrieben, daß, wenn die Satzung das Krankengeld nicht allgemein für Sonn- und Feiertage zubilligt, sie die Beiträge für solche Mitglieder entsprechend erhöhen kann, für welche die Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind. Zur Erläuterung dieser Vorschrift wurde in der Begründung (S. 223) zu § 414 des Entwurfs einer Reichsversicherungsordnung (§ 384 Abs. 3 des Gesetzes) ausgeführt: „Kassen, die das Krankengeld an Sonn- und Feiertagen nicht allgemein gewähren, müssen es für diese Tage doch denen zahlen, die berufsmäßig auch an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden, beispielsweise Dienstboten und Arbeitern im Wirts- und Verkehrsgewerbe. An sich ist es billig, daß diese für die höhere Leistung der Kasse auch entsprechend höhere Beiträge zahlen. Auf der anderen Seite macht die Erhebung verschiedener Beiträge der Kasse Umstände und pflegt sich da nicht zu verlohnen, wo die Beschäftigten dieser Art nur einen geringen Bruchteil der Kassenmitglieder bilden. Der Entwurf überläßt es deshalb der Satzung, wie sie die Frage regeln will." Diese Vorschrift könnte für sich betrachtet (so Hahn und Versicherungsamt Hamburg a. a. O.) dahin verstanden werden, daß der Gesetzgeber, weil er für diesen Fall von einer Erhöhung der Beiträge für die am Sonntag arbeitenden Mitglieder spricht, davon ausgegangen sei, daß allgemein auch für die Sonntage Beiträge zu entrichten seien. Gleichwohl hat der Senat für die in Rede stehende Streitfrage hieraus nichts wesentliches zu folgern vermocht. Die bezeichnete Vorschrift gibt nämlich in mehrfacher Beziehung zu Zweifeln Anlaß. Abgesehen davon, daß der Gesetzgeber es unterlassen hat, anzugeben, was unter „entsprechend" zu verstehen ist, muß es bedenklich erscheinen, aus dieser einen besonderen Fall regelnden Vorschrift einen mit der Entstehungsgeschichte des Gesetzes im Widerspruch stehenden allgemeinen Grundsatz abzuleiten, zumal, wie vorstehend dargelegt ist, ein unbefriedigendes Ergebnis die Folge sein würde. Die alsdann unvermeidliche hohe Beitragsbelastung würde um so ungerechtfertigter sein, als den davon betroffenen Kassenmitgliedern nach der unzweideutigen Fassung des § 182 RVO. Krankengeld nicht etwa für alle Beitragstage, sondern nur für ihre Arbeitstage gewährt werden darf. Dieses Ergebnis verkennt auch Hahn nicht. Er glaubt ihm aber dadurch begegnen zu können, daß er aus Erwägungen der Billigkeit und Zweckmäßigkeit eine Befugnis der Kasse zur satzungsmäßigen Minderung der Beiträge aus ihrem Selbstbestimmungsrechte herleiten will. Es kann dahingestellt bleiben, ob eine solche Satzungsbestimmung zulässig wäre. Jedenfalls würde ihre Einführung dem freien Belieben der Kasse überlassen und dadurch eine allgemeine Sicherheit für die Versicherten nicht gegeben sein. Auch dem Einwand Hahns (Arb.Vers. 1914 S. 155), daß eine Beitragserhebung für arbeitsfreie Tage zulässig sein müßte, weil andere Leistungen der Krankenkassen, insbesondere Kranken- und Krankenhauspflege, auch für solche Tage gewährt würden, hat der Senat keine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen. Diese Leistungen hat der Gesetzgeber in keine Beziehung zum Arbeitslohne gebracht. Auch die Begr. zur RVO. (S. 154) hebt ausdrücklich hervor, daß der Arbeitsverdienst des Versicherten auf Umfang und Wert der ärztlichen Behandlung, der Arznei und der gewährten Heilmittel sowie der etwa an deren Stelle tretenden Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus ohne Einfluß ist. Endlich hat der Senat die in der Entsch. des Versicherungsamts Hamburg a. a. O. hervorgehobenen Erwägungen nicht für begründet erachten können. Soweit sich die Entscheidung — so auch v. Geldern, Arb.Vers. 1916 S. 124 — auf § 397 RVO. stützt, kann auf die vorstehend zu der entsprechenden Vorschrift des § 52 KVG. gemachten Ausführungen verwiesen werden. Die Vorschrift des § 397 Abs. 4 RVO. geht dahin, daß die Satzung bestimmen kann, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden. Sie ist an Stelle des § 52

Abs. 3 KVG. getreten und läßt weder nach ihrem Wortlaut noch nach ihrer Begründung erkennen, daß ihr eine weitergehende Bedeutung als der entsprechenden Vorschrift des Krankenversicherungsgesetzes beigemessen werden darf (zu vgl. Begr. der RVO. S. 225). Auch die übrigen Ausführungen der bezeichneten Entscheidung (ebenso v. Gelbern a. a. O.), insbesondere der dort aufgestellte Grundsatz, wonach es im Wesen der öffentlichen Versicherung liegen soll, daß grundsätzlich während der ganzen Dauer des Versicherungsverhältnisses und für jeden Zeitabschnitt, in der es besteht, auch Beiträge zu leisten sind, können nicht ohne weiteres als richtig anerkannt werden. Nach allem hat der Senat an dem in der Entsch. 1788 aufgestellten Grundsatz festgehalten. Er nimmt auch an, daß die hiervon in der Praxis befürchteten Schwierigkeiten nicht so erheblich sein werden, namentlich wenn es möglich sein wird, eine nicht allzu enge Auffassung des Begriffs „Arbeitstag" Platz greifen zu lassen. Es bleibt nur noch die Entscheidung der Frage übrig, ob etwa der Grundsatz, daß Beiträge nur für Arbeitstage zu entrichten sind, vorliegend um deswillen nicht angewendet werden kann, weil Frau M. nicht mehr versicherungspflichtiges Mitglied der Kasse ist, sondern die Versicherung freiwillig fortgesetzt hat. Wie der Wortlaut des § 313 Abs. 1 RVO. „kann in seiner Klasse oder Lohnstufe Mitglied bleiben" und die der Vorschrift zu Grunde liegende Absicht, den aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschiedenen die Erhaltung ihrer bisherigen Rechte aus der Versicherung zu ermöglichen, erkennen lassen, bleibt die Versicherung im Falle der Weiterversicherung grundsätzlich so bestehen, wie sie bisher begründet war (zu vgl. auch Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. u. 9. Aufl. Anm. 3 zu § 313). Die Beitragspflicht sowohl als die Leistungen bemessen sich daher nach dem der freiwilligen Weiterversicherung vorhergegangenen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Dieser Grundsatz ist vom Gesetzgeber durch die Vorschrift des § 313 Abs. 1 Satz 2 nur insofern durchbrochen, als der Uebertritt in eine niedere Lohnklasse gestattet ist. Im allgemeinen müssen aber die Beiträge in demselben Umfang entrichtet werden, wie dies während des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses der Fall war. Hiernach ergibt sich vorliegend, daß Frau M. für 6 Tage in der Woche Beiträge zu leisten hat. Die Entscheidung des Versicherungsamts erwies sich hiernach im Ergebnis als zutreffend. Somit war die Beschwerde der Kasse zurückzuweisen.

Für Unständige gilt jeder Wochentag als Arbeitstag; Beiträge können für jeden Tag erhoben werden.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 15. April 1916 (2214 Amtl. Nachr. 1916 S. 556).

.... Unter „Arbeitstag" ist im allgemeinen jeder Tag zu verstehen, an dem der Versicherte nach der Regel des Betriebes oder Gewerbes, überhaupt nach der Art seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung Lohnarbeit leisten oder doch zur Verfügung des Arbeitgebers stehen muß (zu vgl. Revisionsentsch. 2142, Amtl. Nachr. 1916 S. 344). Diese Begriffsbestimmung gilt jedoch nicht für unständig Beschäftigte. Deren wirtschaftliche Verhältnisse sind eigenartig. Unständig ist nach § 441 RVO. eine Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist. Personen, die derartige Beschäftigungen übernehmen, wechseln im allgemeinen weit häufiger als ständige Arbeiter sowohl den Arbeitgeber als auch die Art der versicherungspflichtigen Beschäftigung. Auch findet bei ihnen verhältnismäßig oft ein Wechsel zwischen Verrichtung von Lohnarbeit und Beschäftigungslosigkeit statt (zu vgl. Begr. zur RVO. S. 93 und 234). Mit Rücksicht hierauf mußte ihre Versicherung abweichend von den für ständige Arbeiter geltenden allgemeinen Vorschriften geregelt werden. Nach diesen beginnt die Kassenmitgliedschaft mit dem Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung (§ 306) und endet, unbeschadet der §§ 214, 311, 313, sobald das Beschäftigungsverhältnis aufhört (zu vgl. Entsch. 1933, Amtl. Nachr. 1914 S. 813). Das gleiche konnte für unständig Beschäftigte nicht vorgeschrieben werden, wenn anders ein häufiger Wechsel der Kassenmitgliedschaft sowie „ein beständiges Schwanken zwischen dem Zustand des Versichertseins und dem des Unversichertseins" vermieden werden sollte (zu vgl. die Begr. zu § 474 des Entw., jetzt § 446 S. 234). Demgemäß wurde vorgeschrieben, daß die Kassenmitgliedschaft mit der Eintragung des unständig Beschäftigten in das von der Kasse für diese Personen zu führende Verzeichnis beginnt und auch bestehen bleibt, wenn der Eingetragene vorübergehend nicht gegen Entgelt beschäftigt wird (§ 442 Abs. 3, § 446). Die Löschung im Verzeichnis findet nach § 447, abgesehen von dem Tode des Versicherten oder seinem Wegzug in einen anderen Kassenbezirk, nur dann statt, wenn er Mitglied einer anderen Kasse wird oder die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt. Da hiernach unständig Beschäftigte nicht nur den Betrieb, sondern auch die Art der versicherungspflichtigen Beschäftigung wechseln können, ohne daß dadurch ihr Versicherungsverhältnis be-

rührt wird, so geht es nicht an, den Begriff des Arbeitstags für sie nach einem einzelnen Betrieb oder Gewerbe oder überhaupt einer einzelnen versicherungspflichtigen Beschäftigung zu bestimmen. Vielmehr muß für sie als Arbeitstag jeder Wochentag gelten. Sonst wäre die Kasse auch nicht in der Lage, für Zeiten, während deren der unständig Beschäftigte vorübergehend nicht gegen Entgelt tätig war, also mangels eines Beschäftigungsverhältnisses von Arbeitstagen in dem allgemeinen Sinne nicht gesprochen werden kann, Beiträge zu erheben. Bei der Verschiedenartigkeit der wirtschaftlichen Verhältnisse dieser Personen, die zudem, wie beispielsweise im Friseur- und Gastwirtsgewerbe, vielfach gerade an Sonn- und Feiertagen aushilfsweise arbeiten, kann für den Begriff des Arbeitstags zwischen Werktagen und Sonn- und Feiertagen nicht unterschieden werden. Hiernach ist es zulässig, die Beiträge für unständig Beschäftigte für jeden Wochentag zu erheben. Die beanstandete Satzungsbestimmung war daher unter Aufhebung der Entscheidung des Oberversicherungsamts zu genehmigen.

Zur verlängerten Beitragspflicht nach § 397 Abs. 1 RVO. Beweis der Abmeldung.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (Beschlußsen.) vom 6. Mai 1916.

Unzutreffend ist zunächst die Annahme des Beschwerdeführers, daß eine Verpflichtung des Arbeitgebers nach § 397 Abs. 1 RVO., Beiträge über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung bei der Kasse zu zahlen, nur dann bestehe, wenn er die rechtzeitige Abmeldung schuldhafterweise unterlassen habe. Das Reichsversicherungsamt hat vielmehr bereits in den Entscheidungen 2025, 2054, 2081, 2098, (Amtl. Nachr. 1915 S. 520, 589, 651 und 684) ausgesprochen, daß § 397 Abs. 1 eine Ordnungsvorschrift darstelle und daß für seine Anwendung ein Verschulden des Arbeitgebers nicht erforderlich sei. Es kommt somit nur darauf an, ob die Abmeldung vor dem 12. November 1914 bewirkt ist oder nicht. Bewirkt ist die Abmeldung erst dann, wenn ihr Zweck erreicht ist, wenn der Kassenvorstand also mittels der Abmeldung von der rechtserheblichen Tatsache des Erlöschens des Beschäftigungsverhältnisses eines Versicherten ordnungsgemäß Kenntnis nehmen kann. Dazu ist bei schriftlicher Abmeldung nötig, daß das Schriftstück in den Besitz der Kasse gelangt. Die Aufgabe eines Abmeldungsschreibens zur Post allein genügt mithin dem Zwecke der Abmeldung noch nicht. Die Abmeldung muß der Kasse auch zugehen (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 10 zu § 317 RVO.). Daß dies hier der Fall war, steht nicht fest. Denn die Kasse hat behauptet, daß eine Abmeldung vor dem 12. November 1914 bei ihr nicht eingegangen sei, und diese Behauptung ist unwiderlegt. Es ist möglich, daß die Abmeldung auf dem Wege von dem Absender nach dem Empfänger bei der Post verloren gegangen ist. Ob dem Absender bei der Wahl des Beförderungsmittels ein Verschulden trifft, ist für die Zahlungspflicht nach § 397 Abs. 1 unerheblich, da diese Verpflichtung ein Verschulden nicht voraussetzt. Die Zahlungspflicht tritt ein, wenn und so lange die Abmeldung nicht tatsächlich bewirkt ist, selbst wenn der Absender alle Sorgfalt hinsichtlich der Beförderung aufgewendet hat. Der Absender kann auch nicht, wenn er durch unabwendbaren Zufall verhindert worden ist, die Meldefrist des § 317 Abs. 1 (§ 397 Abs. 1) einzuhalten, die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand verlangen. Die Wiedereinsetzung wird nach § 131 Abs. 1 RVO., wie das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2080 (Amtl. Nachr. 1915 S. 649) näher dargelegt hat, nur bei Versäumung von Verfahrensfristen erteilt. Um eine Verfahrensfrist handelt es sich aber bei der Meldefrist des § 317 Abs. 1 nicht.

Das Ergebnis mag für den Arbeitgeber unerwünscht sein. Es entspricht indes der Rechtsnatur der Vorschrift des § 397 Abs. 1, die eine ordnungsmäßige Geschäfts- und Rechnungsführung der Krankenkassen gewährleisten soll. *Will der Arbeitgeber in jeder Hinsicht sicher gehen, so wird er sich von der Krankenkasse den Eingang der Abmeldung in irgend einer Form bestätigen lassen müssen*, ein Verfahren, das bei vielen Kassen jetzt schon üblich ist.

Es mußte somit die Beschwerde gegen die Entscheidung des Versicherungsamts zurückgewiesen werden.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1916 S. 158 ff.)

Nr. 111. Der Küchenchef eines Hotels, dem 10 Köche nebst Hilfspersonal unterstehen und der den Küchenbetrieb zu leiten und zu beaufsichtigen hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn er bei der Zubereitung der Speisen selbst mitwirkt.

Nr. 112. Eine Herrschaftsköchin (Mamsell) auf einem Landgut, die unter der Oberleitung der Ehefrau des Dienstherrn sämtliche Mahlzeiten kocht und daneben Küchen- und niedere häusliche Dienste verrichtet, in Abwesenheit der Hausfrau die Arbeit der anderen vier Dienstmädchen einteilt und auch sonst beaufsichtigt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 113. Eine Bureauangestellte, die Stenogramme nach Diktat aufzunehmen und durch die Schreibmaschine zu übertragen hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn diese Tätigkeit nur wöchentlich 2 Stunden umfaßt, während ihre übrigen Dienstleistungen mechanisch sind.

Nr. 114. 1. Streit über die Befreiung von der Versicherungspflicht aus § 397 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird nach § 210 entschieden.

2. Die Befreiung von der Versicherungspflicht aus § 397 wird erst mit dem Tage wirksam, an welchem der Befreiungsantrag gestellt ist.

Nr. 115. Ein Spinnmeister in einer Kammgarnspinnerei, dem ein Selfaktorsaal mit 12 Selfaktoren und 46 Arbeitern untersteht, der mit Genehmigung des vorgesetzten Obermeisters Strafen wegen Verletzung der Fabrikordnung verhängen kann, der ferner kleinere schriftliche Arbeiten ausführt, ist als Angestellter nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn er persönlich die Maschinen in Ordnung zu halten und kleinere Reparaturen vorzunehmen hat.

Nr. 116. Ein sog. Webmeister in einer unter der unmittelbaren fachkundigen Leitung des Firmeninhabers stehenden mechanischen Weberei, welcher die Stühle vorzurichten und fortlaufend auf ihre Betriebsfähigkeit zu überwachen, die Kette einzulegen, für die Abstellung eintretender Mängel zu sorgen, sowie die Wechselräder einzustellen und nach Bedarf abzuändern hat, dagegen keinerlei Aufsichts- und Leitungsbefugnisse gegenüber den Webern besitzt, auch keine Verantwortung für den Ausfall der Arbeit trägt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 117. Kinderpflegerinnen in einer Heilstätte, in der erholungsbedürftige Kinder während einiger Wochen Aufnahme finden, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 118. Ein Lagerverwalter in einer Fabrik, der die für den Betrieb erforderlichen Gebrauchsgegenstände (z. B. Oel, Nägel, Eisenzeug, Bürsten) in Empfang nimmt, an der Hand der Rechnungen die Ordnungsmäßigkeit der Lieferungen nachprüft, die Gegenstände auf schriftliche Anweisung der Abteilungsleiter abgibt und über den Ein- und Ausgang Buch führt, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 119. Ein Angestellter eines Städtischen Gas- und Wasserwerkes, das mit der Absicht auf Gewinnerzielung betrieben wird, ist als Handlungsgehilfe nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, wenn er in dem Betrieb in der Hauptsache kaufmännische Arbeiten zu verrichten hat.

Nr. 120. Die Zuschneiderin einer Schirmfabrik, welche nach vorliegenden Grundmodellen die ihr zugeteilten Stoffe zuzuschneiden und an Heimarbeiterinnen weiter zu geben, die fertige Arbeit abzunehmen und auf Richtigkeit und Fehlerlosigkeit zu prüfen hat, bei den notwendigen Abänderungen und Näharbeiten mit Hand anlegt, im übrigen aber keine Anordnungs-, Leitungs- und Aufsichtsbefugnisse besitzt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 121. Kriminalpolizeisergeanten sind Angestellte im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 122. Bei Festsetzung des Wertes der freien Wohnung (§ 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) sind die zur Zeit der Beschäftigung maßgebenden Mietspreise am Wohnort des Angestellten zu Grunde zu legen, auch wenn sie infolge besonderer Umstände höher sind, als die sonst in jener Gegend üblichen Preise.

Nr. 123. Ein Sortiermeister einer Zigarrenfabrik, der 10 bis 12 Sortiererinnen zu beaufsichtigen hat und für deren Arbeit verantwortlich ist, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn er unter einem Oberwerkmeister steht und seine körperliche Mitarbeit dem Umfange nach der Aufsichtstätigkeit etwa gleichkommt.

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Unzulässigkeit nachträglicher Aenderung einer ärztlichen Gebührenrechnung

Entsch. des **Oberversicherungsamts Darmstadt** vom 1. Juli 1916 (K. I 323/16).

L. N., Sohn der Klägerin, welcher als Mitglied der Ortskrankenkasse angehört, erkrankte am 21. Juli 1915 derart, daß sofort ärztliche Hilfe geboten war. Der in Anspruch genommene Arzt Dr. S. in Darmstadt berechnete zunächst für seine Bemühungen 5 *M* 40 Pf. Frau N. legte die Rechnung der Kasse vor, worauf der Kassenvorstand sie aufforderte, von Dr. S. eine spezifizierte Rechnung ausstellen zu lassen. Dr. S. kam dem auch nach, erhöhte aber die Rechnung auf 8 *M* 40 Pf. Während nun die Kasse sich zur Uebernahme des Betrags von 5 *M* 40 Pf. bereit erklärte, lehnte sie den Ersatz des Mehrbetrags von 3 *M* ab. Frau N., als Vertreterin ihres Sohnes, klagte deshalb bei dem Versicherungsamt der Stadt Darmstadt mit dem Antrage auf Zahlung des ganzen Betrags von 8 *M* 40 Pf. Dr. S., der von dem Versicherungsamt zur Sache gehört wurde, erklärte, er habe mit Rücksicht auf die anscheinend bedürftige Lage der Eltern des N. diesen nur 5 *M* 40 Pf. berechnet. Erst als Frau N. für die Krankenkasse eine spezifizierte Rechnung einforderte, habe er dieser Rechnung die Minimal- bzw. Krankenkassentaxe zu Grunde gelegt, da seine ermäßigte Rechnung für die bedürftigen Eltern, aber nicht für die Krankenkasse bestimmt gewesen sei.

Das Versicherungsamt verurteilte die Kasse auch zur Uebernahme des Mehrbetrages von 3 *M*. Auf Berufung der Kasse wurde jedoch diese Entscheidung aufgehoben und die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Wie die erstinstanzliche Entscheidung zutreffend ausführt, handelt es sich im Fragefall nur noch darum, ob die Beklagte die von Dr. S. dem Kläger anverlangten 3 Mark, um welche der Arzt seine Kostenrechnung nachträglich erhöht hat, jenen zu ersetzen hat. Entgegen der angefochtenen Entscheidung ist diese Frage zu verneinen. Das Oberlandesgericht Celle führt in seinem Urteil vom 25. März 1907 (Rechtsprechung der Oberlandesgerichte in Zivilsachen, herausgegeben von Falkmann und Mugdan) zu dieser Frage aus: „Die auf Grund des § 80 der Gewerbeordnung erlassene preußische Gebührenordnung für Aerzte stellt nicht festbestimmte Sätze, sondern nur Höchst- und Mindestsätze auf; sie überläßt also dem Arzt einen danach begrenzten Spielraum. Innerhalb dieses Spielraumes hat der Arzt nach seinem billigen Ermessen gemäß §§ 315, 316 BGB. die Leistung zu bestimmen. Die Bestimmung geschieht durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil, mithin durch eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung, die einem Abwesenden gegenüber nach § 130 BGB. mit dem Zugehen an ihn wirksam wird. Von dem Zeitpunkte des Zugehens an ist der Arzt gebunden, er kann die einmal getroffene Bestimmung nicht mehr widerrufen; eine nachträgliche Erhöhung der vom Arzte einmal bestimmten Gebühr ist ausgeschlossen (vgl. auch Seuffert 56 Nr. 46) sofern er sich nicht das Recht hierzu bei der Bestimmung vorbehält. Dies gilt sogar dann, wenn der Gegner die Erklärung zurückweist. In der Uebersendung der Rechnung liegt eine Bestimmung der Leistung im Sinne des § 315".

Die preuß. und hess. Gebührenordnung treffen bezüglich der ärztlichen Honorarbemessung in der vorgenannten Richtung gleiche oder doch ähnliche Bestimmungen, so daß die Ausführungen des citierten Urteils auch im Fragefall einschlagend erscheinen. Danach konnte Dr. S. seine Gebühren, nachdem er sie dem Kläger angefordert hatte, nachträglich nicht mehr erhöhen, als die Kasse deren Spezifikation verlangte. Er konnte dies um so weniger tun, als er in seinem Schreiben vom 17. Juli 1915 den Kläger noch ausdrücklich darauf hinwies, daß ihm dieser Betrag von der Krankenkasse zu ersetzen sei, wenn er Mitglied einer solchen wäre. Er hat also seine Gebühren auch für den Fall auf den ersten Betrag von 5,40 *M* bemessen, wenn dieser von der Beklagten zu tragen sein würde. Daß diese durch den Kläger vorherige Spezifikation der Rechnung verlangte, kann Dr. S. das Recht, seine Ansätze nachträglich zu erhöhen, schon deshalb nicht geben, weil dieses Verlangen der Kasse keinesfalls das zwischen ihm und dem Kläger bestandene Vertragsverhältnis, auf Grund dessen die Anforderung der Gebühren erfolgt ist, berührt.

Stehen diese Erwägungen aber richtig, so ist der Kläger gegenüber Dr. S. nicht verpflichtet, die nachträglich geforderten 3 *M* zu zahlen und entfällt demgemäß auch eine Verpflichtung der Kasse, dem Kläger diesen Betrag zu ersetzen. Damit ist aber die Berufung begründet, und unter ihrer Stattgabe die Klage abzuweisen.

Sorgfaltspflicht des Unternehmers eines Krankenhauses.

Aus einem Urteil des **Reichsgerichts** (6. Zivilsenat) vom 10. Januar 1916 (370/13).

In einer Streitsache wegen Schadensersatzes aus § 823 BGB. hat das Reichsgericht in der Begründung seines Urteils — nach dem „Recht" 1916 Entsch. Nr. 933 — folgendes ausgeführt:

Werden in einem Krankenhause Personen behandelt, die wegen hohen Fiebers oder aus sonstigen Gründen geistig nicht völlig klar sind und deshalb einer besonderen Beaufsichtigung bedürfen, so muß durch die Einrichtung des Krankenhauses dafür gesorgt werden, daß diese Beaufsichtigung

und Ueberwachung auch wirklich in geeigneter Weise stattfindet. Die hierzu notwendigen allgemeinen Anordnungen und sonstigen Maßnahmen gehören zu der Organisation der Krankenanstalt, sie sind erforderlichenfalls unter Zuziehung von Sachverständigen von dem Unternehmer des Krankenhauses zu verfügen und in Wirksamkeit zu setzen. Durch die Bestellung eines geeigneten Arztes als Leiter des Krankenhauses wird dieser Verpflichtung noch nicht genügt. Allerdings kann den gesetzlichen Vertretern der Beklagten nicht zugemutet werden, daß sie in die Einzelheiten der Krankenbehandlung eingreifen, wozu ihnen voraussichtlich auch die nötigen sachlichen Kenntnisse fehlen werden, insoweit werden sie durch die Anstellung tüchtiger Aerzte und Schwestern gedeckt. Ihre Aufgabe aber ist es, die allgemeine Organisation der Anstalt so zu gestalten, daß sie nicht nur den gesetzlichen Anordnungen, sondern auch den regelmäßigen Anforderungen der Krankenpflege genügt und diesen Zustand durch allgemeine, für das Personal verbindliche Anordnungen sicherzustellen.

Sprechsaal.

Handverkaufslisten.

Der § 376 Abs. 2 RVO. lautet: „Die höhere Verwaltungsbehörde setzt unter Rücksicht auf die örtlichen Verhältnisse und die im Handverkauf üblichen Preise die Höchstpreise von solchen einfachen Arzneimitteln fest, die sonst ohne ärztliche Verschreibung (im Handverkauf) abgegeben zu werden pflegen.“ In der Kassenpraxis ist nur die Tatsache von großer Bedeutung, nämlich die Tatsache, daß viele Kassenmitglieder sich wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt begeben und eine schriftliche Verordnung auch für das harmloseste Mittel verlangen, das der Privatpatient sich vielleicht für 10 oder 20 Pf. kaufen würde. Dieser Gesichtspunkt muß seitens der Kassen bei Aufstellung von Handverkaufslisten ganz energisch betont werden, da mangels einer genügend reichhaltigen Liste alle diese harmlosen Mittel um vieles teurer bezahlt werden müssen, wie im Privatverkehr, was wohl sicher nicht im Sinne des Gesetzgebers gelegen haben kann. Demgegenüber fällt der den Kassen gesetzlich zustehende Rezepturrabatt nicht stark ins Gewicht. Nur eine genügend reichhaltige Handverkaufsliste kann hier einigermaßen ausgleichend wirken. Diesem Punkt muß also der Kassenvorstand seine besondere Aufmerksamkeit schenken. Daß dieser Standpunkt auch von maßgebender Stelle geteilt wird, geht aus dem Ministerialerlaß vom 12. Mai 1916 hervor, worin es heißt: „Aus wiederholt an mich gelangten Beschwerden geht hervor, daß in einzelnen Fällen Apotheker den Krankenkassen für Handverkaufsartikel höhere Preise in Rechnung gestellt haben als anderen Käufern. Ein solches Verfahren läßt sich nicht mit dem Zweck der auf Grund des § 376 RVO. getroffenen Festsetzungen vereinen. In Ergänzung meines Runderlasses vom 5. Juni 1913 bestimme ich usw.“ Das Zentralblatt für Pharmazie, das Organ der angestellten Apotheker macht dazu folgende beachtenswerte Äußerungen: „In der Regel werden die Handverkaufspreise für das Privatpublikum niedriger sein als die der Kassentaxen, ein Zustand, der einer tieferen inneren Berechtigung entbehrt. Seine Beseitigung ist nur wünschenswert usw.“ Dieses Urteil ist insofern sehr interessant, als es aus dem Apothekerstande stammt. Die Krankenkassen müssen an eine Handverkaufsliste demnach folgende Anforderungen stellen: 1. muß dieselbe möglichst viele praktisch gebrauchte Mittel enthalten; 2. müssen die Preise nach kaufmännischen Gesichtspunkten angemessen sein. Auf keinen Fall dürfen die im Privatverkehr üblichen Preise überschritten werden.

Wenn man die Listen aus den verschiedenen Bezirken durchsieht, so findet man nur zu oft, daß die einfachsten, im Publikum allgemein bekannten und gebrauchten Mittel fehlen. Wie häufig vermißt man z. B. populäre Mittel wie Chinatropfen, Stahltropfen, Jodtinktur, Karbolöl, Opodeldok usw. Anderseits sind oft wieder zahlreiche Dinge darin enthalten, die das ganze Jahr nicht einmal vorkommen. Deshalb ist nicht allein die Zahl der in einer Handverkaufsliste enthaltenen Mittel für ihren Wert bestimmend, sondern es kommt vor allen Dingen auch darauf an, was für Mittel aufgenommen sind. Man sieht, es ist dringend erforderlich, daß die Krankenkassen bei Aufstellung dieser Listen durch einen Fachmann vertreten sind.

Für den Umfang der Handverkaufsliste, das heißt für die mehr oder weniger große Zahl der zu Handverkaufspreisen zu berechnenden Artikel, ist die Größe des betreffenden Orts maßgebend. Die preußische Regierung gibt in den einzelnen Regierungsbezirken gewöhnlich zwei Listen heraus, und zwar eine für Orte bis zu 25000 Einwohnern und eine für größere Orte. Man geht davon aus, daß die kleineren Apotheken eines gewissen Schutzes bedürfen. Hier ist die Rezeptur der Grundpfeiler für die Lebensfähigkeit der Apotheke, die im Interesse der öffentlichen Arzneiversorgung erhalten werden muß. Ganz anders in den großen Orten und Kassenbezirken. Hier haben nicht zuletzt die Kassen dazu beigetragen, den Umsatz der Apotheken zu erhöhen, und sie haben daher in erhöhtem Maße ein Recht darauf, Heilmittel zum mindesten zu denselben Preisen wie der Privatmann zu beziehen. Das sollte überhaupt selbstverständlich sein; es ist nicht einzusehen, warum die Kassen für manche Mittel das Doppelte oder Dreifache bezahlen sollen wie der Privatpatient. Eher würde das Gegenteil einleuchten.

Bei dieser Gelegenheit sei noch auf eine neuerdings vielfach begonnene Praxis hingewiesen, welche von vornherein scharf bekämpft werden muß. Man will nämlich die Handverkaufsliste überflüssig machen; es soll einfach bei den sogen. Handverkaufsartikeln ein Abschlag von etwa 20 Prozent von den Preisen der Rezepturtaxe gewährt werden. Auf den ersten Blick wird mancher dies angemessen finden. Dennoch würden sich hierbei für viele Mittel höhere Preise ergeben, als sonst im

Privathandverkauf üblich sind. Man muß eben streng unterscheiden zwischen Handverkauf und Rezeptur. Die Preise für den ersteren sind nach allgemein kaufmännischen Grundsätzen festgesetzt. Hier gilt das betreffende Mittel als feststehendes, ein für allemal fertiges Präparat, als Ware. Ganz anders in der Rezeptur: hier kommt die persönliche Leistung des Apothekers in Frage, der Artikel wird nicht mehr lediglich als Sache gewertet wie im Handverkauf. Dementsprechend sind die Preise bedeutend höher, so daß diese bei zahlreichen Mitteln selbst bei einem Abschlage von 20 Prozent für den Handverkauf noch zu hoch sind. Man muß also an der grundsätzlichen Unterscheidung zwischen Rezeptur und Handverkauf festhalten. Wäre jene andere Praxis tatsächlich im Sinne des Gesetzgebers, so würde er eine eigene Handverkaufsliste wohl nicht vorgesehen haben. Uebrigens bleiben die betreffenden Apotheker dem genannten Grundsatze nicht immer treu. Einzelne Mittel, besonders solche, die auch in Drogerien abgegeben werden dürfen, werden aus naheliegenden Gründen zwischendurch nach kaufmännischen Gesichtspunkten berechnet. Wenn dies auch nur einzelne Artikel sind, auf jeden Fall ist das System damit doch durchbrochen.

In Berlin kosten 100 gr. dänische Königstropfen 75 Pf., in Bremen 1,50 ℳ Handverkauf — also das Doppelte. Ebenso kosten 100 gr. aetherische Baldriantropfen in Berlin 95 Pf. und in Bremen 1,50 ℳ usw. Derartige große Preisdifferenzen sind eben nur dadurch möglich, daß in dem einen Falle bei Aufstellung der Handverkaufsliste die Rezepturtaxe zugrunde gelegt und in dem anderen Falle kaufmännische Gesichtspunkte ausschlaggebend waren. Hier müßte baldigst Wandel geschaffen werden.

W. Giesecke, Bremen.

Ueber die relative Rechtskraft des Bescheides im Einspruchsverfahren (§§ 1583 ff. RVO.)

In der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 1916 Sp. 387 ff. behandelt Fleischauer die Frage, ob die Einlegung des Einspruchs im Verfahren auf Feststellung der Unfallrente zur Verschlechterung der dem Verletzten durch den Bescheid gegebenen Rechtsstellung führen kann. Fleischauer kommt zur Bejahung der Frage, leugnet also die sogenannte relative Rechtskraft des Bescheides; er gibt selbst zu, daß die Reichsversicherungsordnung hierüber nichts sagt, glaubt aber, daß dieses Ergebnis von Wesen und Zweck des Einspruchsverfahrens entspricht.

M. E. sind die Ausführungen Fleischauers nicht überzeugend. Der Einspruch ist ein Verlegenheitsprodukt der Reichstagsberatungen. Dem begreiflichen Bestreben der Versicherungsträger, das wichtige Recht der Rentenfestsetzung in der Hand zu behalten, wollte man nachgeben, anderseits auch dem Verletzten die Möglichkeit gewähren, schon in einem frühen Stadium des Verfahrens bei der Beschaffung der für die Rentenfestsetzung maßgebenden Unterlagen mitzuwirken. Weshalb dieses Verfahren nur dann einen guten Sinn haben soll, wie Fleischauer meint, wenn der Bescheid durch den Einspruch völlig beseitigt wird, ist nicht recht erfindlich. Nicht bloß durch das Einspruchsverfahren soll möglichst objektive Wahrheit gefunden werden, sondern das ist wohl das Ziel jedes Verfahrens in der Sozialversicherung. Mit derselben Begründung, daß der Verletzte nicht einen Unrechtsanspruch, sondern einen Rechtsanspruch habe, könnte verlangt werden, daß der Verletzte auch in dem von ihm veranlaßten Berufungs- oder Rekursverfahren eine zu seinen Ungunsten ausgefallene Beweiserhebung gegen sich gelten lassen müsse.

Man muß davon ausgehen, daß der Einspruch ein zu Gunsten des Verletzten geschaffener Rechtsbehelf ist, der ihm die Möglichkeit geben soll, auf Ergänzung und Ausdehnung des Ermittlungsverfahrens hinzuwirken. Immer wird der Verletzte von dem Einspruch nur dann Gebrauch machen und Gebrauch machen wollen, wenn er glaubt, dadurch seine Lage zu verbessern. Er wird es nicht verstehen, wenn er durch ein von ihm betriebenes Verfahren, das der Gesetzgeber zu seinen Gunsten geschaffen hat, ein ungünstigeres Ergebnis herbeiführt, als wenn er sich bei dem Bescheide der Berufsgenossenschaft beruhigt hätte. Es wird dem Verletzten nur ein schwacher Trost sein, daß er sich „nun der Rechtslage gegenübergestellt sieht, die seinem Wunsche gemäß bei sorgfältiger Aufklärung sich ergibt."

Die Bemerkung in den Reichstagsverhandlungen, daß die Berufsgenossenschaften sehr oberflächlich und kursorisch arbeiteten, verwertet Fleischauer reichlich häufig zur Stütze seiner Auffassung. Ein solcher einseitig erhobener Vorwurf scheint mir hierzu wenig geeignet. Wäre es wirklich communis opinio (allgemeine Ansicht), daß die Bescheide der Berufsgenossenschaften, um mit Fleischauer zu reden, präsumtiv oberflächlich und kursorisch zustande kommen, dann ist es nicht recht erfindlich, warum man nicht das ganze Verfahren von Grund aus umgestaltet hat, statt es in das Belieben des Verletzten zu stellen, ob die erforderliche weitere Aufklärung erfolgen soll oder nicht.

Die beiden von Fleischauer angeführten Entscheidungen des sächsischen Landesversicherungsamts und des Reichsversicherungsamts*) lassen sich, wie er selbst nicht verkennt, für seine Ansicht nicht verwerten. Im Gegenteil läßt die Entscheidung des Reichsversicherungsamts eher den Schluß zu, daß es der Auffassung Fleischauers nicht beitritt.

Darin ist Fleischauer beizustimmen, daß seine Theorie geeignet ist, die Zahl der unbegründeten Einsprüche zu vermindern. Dieses Ziel ist gewiß erstrebenswert, und zwar nicht bloß für die Einsprüche, sondern auch für die Rechtsmittel. Trotz der Einschränkung des Rekurses und der Revision leidet die Reichsversicherungsordnung immer noch an einem Uebermaß von Instanzen. Leider läßt auch die neue Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts die Tendenz erkennen, einer Einschränkung des Instanzenzuges möglichst entgegenzutreten.

Es ergibt sich also, um das Gesagte noch einmal zusammenzufassen, daß der Einspruch sich prozessual von einem Rechtsmittel dadurch unterscheidet, daß er die Beschlußfassung nicht an eine andere Instanz bringt, also des „Devolutiv-Effekts" ermangelt. Im übrigen nötigen gerade die Entstehungsgeschichte und der Zweck des Einspruchs dazu, auch hier zu Gunsten des Verletzten das Verbot der reformatio in pejus anzuerkennen.

Landesrat Dr. Brunn, Berlin.

---

*) Grundf. Entsch. des sächs. LVA. vom 20. Februar 1915, Sammlg. Bd. 1 S. 152 und Rek.-Entsch. des RVA. vom 27. Februar 1914, Monatsschrift 1914 Sp. 353.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die durch den Erlaß des preußischen Handelsministers vom 28. April 1916 (Arb.Vers. Heft 17 S. 395) gegebenen Anregungen fallen bei den Krankenkassen ersichtlich auf einen günstigen Boden. Unter anderem liegt uns der Bericht über eine Versammlung vor, zu der die Allgem. Ortskrankenkasse für den Stadtbezirk Leer, im Einvernehmen mit der Landesversicherungsanstalt Hannover, die Landräte, Magistrate, Aerzte und die Krankenkassen Ostfrieslands eingeladen hatte zum Zweck einer Besprechung über die im Regierungsbezirk Aurich einzurichtenden Beratungsstellen für Geschlechtskranke. An der zahlreich besuchten Versammlung nahm auch der Regierungspräsident Dr. Maube teil. Landesrat Dr. Wilhelm hielt einen belehrenden Vortrag über die Notwendigkeit, die Ziele und die Mittel des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten und wies namentlich auch auf die Notwendigkeit aufklärender und werbender Tätigkeit hin. Er fand in der Besprechung allseitige Zustimmung. Man beschloß, den Vortrag drucken zu lassen und zu verbreiten. Geplant ist die Errichtung mindestens zweier Beratungsstellen in Emden und in Rüstringen, sowie die Errichtung von Beiräten in allen Kreisstädten.

Kontrollierung der Anwartschaften in der Invalidenversicherung.

Es ist bekannt, daß die Entrichtung der Invalidenversicherungsbeiträge von denjenigen Versicherten, die selbst darüber wachen sollen, — Weiter- und Selbstversicherten, unständigen Arbeitern usw. — sehr oft unterlassen wird. Die Folge ist der noch so außerordentlich häufig vorkommende Verlust der Anwartschaft. Es sind schon die verschiedensten Versuche gemacht worden, diese Erscheinung zu bekämpfen. So sind die Tageszeitungen mit entsprechend belehrenden Notizen versehen worden, verschiedentlich wurden schon „Merkblätter" darüber herausgegeben und verteilt, die Versicherungsanstalten selbst geben seit einigen Jahren jedem Rentenablehnungsbescheid ein belehrendes Schreiben bei, in dem der Versicherte darauf hingewiesen wird, daß sein Anspruch verfällt, wenn er nicht die nötige Mindestzahl der Beitragsmarken (§ 1280 RVO.) weiter entrichtet. Aber alles hat recht wenig Erfolg gezeitigt. Das Erlöschen der Anwartschaften hat nicht nur für die Beteiligten selbst bedauerliche Folgen, sondern auch für die Allgemeinheit. Es muß verhütet werden, daß so mancher Versicherte am Ende eines arbeitsreichen Lebens der öffentlichen Unterstützung verfällt.

Um den hieraus sich ergebenden Gefahren zu begegnen, hat die Vereinigung zur Krankenfürsorge in Leipzig, eine private Vereinigung zur Hilfeleistung für kranke Arbeiter, eine zweckmäßige Einrichtung getroffen. Sie führt schon seit Jahren ein Kontrollbuch von unständig Versicherten und ein solches jener Versicherten, denen die Invalidenrente abgelehnt oder wieder entzogen wurde. Diese Versicherten wurden schon seither von freiwilligen Helfern der Vereinigung regelmäßig kontrolliert. Zu dieser Tätigkeit ist kürzlich eine neue hinzugetreten, und zwar die Kontrolle der Anwartschaften derjenigen Personen, die wegen Austritt aus der Beschäftigung bei der allgemeinen Ortskrankenkasse für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung abgemeldet werden und die auf längere Zeit hinaus nicht wieder in versicherungspflichtige Beschäftigung treten, und ferner derjenigen, die abgemeldet werden, weil sie nicht mehr invalidenversicherungspflichtig sind (Werkmeister, Angestellte, Handlungsgehilfen usw. mit einem Einkommen von über 2000 M.). Auch bei diesen beiden Gruppen wird kontrolliert, ob sie zur Invalidenversicherung freiwillig weitersteuern, um sich die erworbenen Anwartschaften zu waren.

Im Jahre 1915 kamen bei der genannten Vereinigung 1176 Personen neu zur Kontrolle in Frage, zu welchem Zwecke der Vereinigung Meldezettel von den Ortskrankenkassen Leipzig-Stadt und -Land überwiesen wurden. Polizeiliche Erörterungen machten sich erforderlich 1123 beim Polizeiamt der Stadt Leipzig und 53 bei den Gemeindeämtern in der Umgebung der Stadt Leipzig. In 1165 Fällen erfolgte die weitere Bearbeitung seitens der Vereinigung, damit die betr. Versicherten die Anwartschaft durch Aufklärung und Leistung von Beiträgen sich erhalten konnten. Von obigen 1165 Fällen bedurfte es in 146 Fällen sofortiger weiterer Maßnahmen und zwar deshalb, weil bei den Versicherten die Anwartschaft bereits erloschen war und nur durch eine sofortige Nachzahlung innerhalb des nach dem Gesetze zugelassenen vollen Jahres wieder geheilt werden konnte. Bei den noch verbleibenden 1019 Fällen war die Kontrolle größtenteils erst in der ersten Hälfte des Jahres 1916 notwendig.

Im Jahre 1915 wurden von der Vereinigung für 98 Personen die Beiträge zur Erhaltung der Anwartschaft in Höhe von 361,44 M. verlagsweise für das Armenamt übernommen, (Einzelbeträge von 1,28 M. bis 8,32 M.). Diesen Betrag zahlte das Armenamt bereitwilligst zurück. Die Versicherten, mit denen hier verhandelt wurde, zeigten sich sehr dankbar, daß ihnen durch die Kontrolltätigkeit der Vereinigung die Anwartschaft zur Invalidenversicherung erhalten geblieben ist. Die persönliche Belehrung, sowie das Merkblatt des Armenamtes und das Heftchen der Vereinigung über die wichtigsten Bestimmungen der Invalidenversicherung tragen viel dazu bei, daß nicht nur der Versicherte selbst, sondern auch dessen Bekannte und Verwandte Aufklärung über die Bestimmungen der Invalidenversicherung erhalten.

Neben der Kontrollierung der Anwartschaft der Versicherten zur Invalidenversicherung, haben auch die Arbeiten der Kontrollierung unständig versicherter Personen und der Personen, denen die Invaliden- oder Altersrente abgelehnt oder entzogen wurde, im Jahre 1915 ihren Fortgang genommen. In das Kontrolljournal über unständig versicherte Personen wurden in diesem Jahre 22 neue Adressen aufgenommen, die durch Vermittlung der Vereinigung zur Invalidenversicherung bei der Ortskrankenkasse zur Anmeldung gelangten. Insgesamt sind in diesem Journal jetzt 308 Personen verzeichnet. Davon erledigten sich, größtenteils durch weitere Veran-

lassung der Ortskrankenkasse, ferner durch Gewährung von Rente, durch Verzug, Tod usw. 220 Fälle, so daß noch insgesamt 88 Personen in Kontrolle verblieben. Die im Jahre 1915 für unständig versicherte Personen in 13 Fällen übernommenen Beiträge im Einzelbetrage von 1,60 M. bis 8,32 M. beliefen sich auf insgesamt 84 M., welcher Betrag gleichfalls vom hiesigen Armenamte zurückerstattet wurde.

In das Kontrolljournal derjenigen Personen, welchen der Antrag auf Invalidenrente abgelehnt oder denen die Rente wieder entzogen worden ist, sind bis Ende 1915 499 Personen eingetragen worden, und zwar war 394 Personen die Rente abgelehnt und 105 Personen die Rente wieder entzogen, 1915 allein 41 bzw. 25, insgesamt sonach 66. Erledigt haben sich inzwischen von den kontrollierten Fällen 246, teils durch Rentengewährung, teils durch Verzug nach auswärts. Ueber alle diese Personen wurden Handakten und je eine Registerkarte angelegt.

Dieses segensreiche Wirken der Vereinigung ist jedenfalls wert, daß es weitgehende Nachahmung findet.

Die Berliner Krankenkassen vor dem Kriege und während des Krieges.

Die Geschäftsergebnisse der Krankenkassen sind bekanntlich zum guten Teil ein Spiegelbild der wirtschaftlichen Vorgänge. Da der Krieg unser Wirtschaftsleben auf das allertiefste berührt, so haben auch die Betriebsergebnisse der Krankenkassen eine einschneidende Veränderung erfahren. Besonders interessant ist eine Betrachtung der Vorgänge in den Berliner Krankenkassen, die zugleich einen Einblick in das Riesengetriebe des Berliner Wirtschaftslebens gewährt. Erfahren wir doch auch aus diesen Ergebnissen am allerzuverlässigsten die Zahl und das Geschlecht der in den industriellen und Handelsbetrieben der Hauptstadt beschäftigten Personen. Die vom Berliner Statistischen Amt jüngst veröffentlichte Bearbeitung der Krankenversicherung Groß-Berlins im Jahre 1913 behandelt das letzte Friedensjahr und stellt damit einen, so bald wahrscheinlich nicht wieder erreichten Höhepunkt der industriellen Entwickelung der Hauptstadt dar.

Im Durchschnitt des Jahres 1913 war die Zahl der

A.	Kassen	Mitglieder männliche	Mitglieder weibliche	Mitglieder zusammen
Ortskrankenkassen	53	316 675	286 145	602 820
Betriebskrankenkassen	72	144 728	58 618	203 346
Innungskrankenkassen	19	47 803	16 145	63 948
Gemeinde-Kranken-Versicherung . . .	1	59	94	153
zusammen . . .	145	509 265	361 002	870 267

Hierzu kommen noch die staatlichen Betriebskrankenkassen, eingeschriebenen Hilfskassen, freien, landesrechtlichen Kassen mit zusammen 64 535 Mitgliedern, die dem § 75 des KVG. nicht entsprechenden 11 eingeschriebenen Hilfskassen mit 37 595 Mitgliedern und die 97 Krankenkassen in den Vororten mit 293 660 Mitgliedern. Es waren demnach in den Krankenkassen Groß-Berlins im Durchschnitt 1 266 057 Personen versichert, davon 780 280 männliche und 485 777 weibliche

Die Zahlen für die Folgezeit beruhen nur auf vorläufigen Feststellungen. Insbesondere ist ein Vergleich derselben mit früheren deshalb mit Vorsicht vorzunehmen, weil am 1. Januar 1914 durch das Inkraftreten der Reichsversicherungsordnung für das Gebiet der Krankenversicherung eine große Zahl von Personen neu der Versicherung zugeführt wurde. Die genaue Ziffer derselben läßt sich schwer feststellen, dazu kommen noch andere Schwankungen, z. B. daß die Hausgewerbetreibenden, die in Berlin besonders zahlreich sind, zu Beginn des Jahres 1914 versicherungspflichtig waren, durch ein Notgesetz vom 4. August 1914 aber wieder versicherungsfrei wurden. Später wurden sie durch Ortsstatut von neuem der Versicherung unterstellt, und zwar erst im Februar 1915. Man kann daher erst von hier an wieder ein richtiges Bild gewinnen.

Der Bestand an versicherungspflichtigen Mitgliedern allein der Stadt Berlin war im Jahre 1915 noch zu Anfang Februar nur 692 674 (männlich 398 894, weiblich 293 780), stieg aber dann bis Anfang März sofort auf 745 656 (männlich 407 418, weiblich 338 238). Die von hier an durchführbare Vergleichung zwischen 1915 und 1916 ergibt, daß die Krankenkassen zu Anfang der Monate März, April, Mai Juni im vorigen Jahre 745 656, 754 041, 753 922, 729 005 versicherungspflichtige Mitglieder, im Jahre 1916 dagegen 721 129, 719 106, 718 371, 728 607 versicherungspflichtige Mitglieder hatten. Im Jahre 1916 war zu Anfang März, April, Mai der Bestand sehr viel niedriger als um dieselbe Zeit im vorigen Jahre. Erst zum Juni trat ein Umschwung ein, doch hatte auch da der Bestand noch nicht wieder ganz die Höhe vom Juni vorigen Jahres erreicht. Auffällig ist, daß vom Mai zum Juni im vorigen Jahre eine Minderung um ziemlich 25 000, im Jahre 1916 aber eine Mehrung um reichlich 10 000 eintrat. Dem Zusammenwirken dieser beiden Umstände ist es zuzuschreiben, daß in diesem Jahre der Junibestand demjenigen des vorigen Jahres nahe kam.

Die Zahl der nur versicherungsberechtigten Mitglieder schwankte wenig: von März bis Juni sank sie in 1915 von 59 307 auf 57 784, stieg sie in 1916 von 57 236 auf 58 099. Rechnet man nach dem Stande von Ende Juni 1916 den versicherungspflichtigen die versicherungsberechtigten Mitglieder hinzu, so ergibt sich für die Stadt Berlin ein Gesamtbestand von 786 708 Mitgliedern. Das ist — trotz der Vermehrung durch die Reichsversicherungsordnung — eine Abnahme von rund 80 000.

Einschneidende Veränderungen hat das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Mitgliedern gefunden. Aus den Angaben des Reichsarbeitsblattes, in denen allerdings einige Kassen fehlen, ist zu ersehen, daß am 1. Juni 1916 in der Stadt Berlin 400 877 männliche und 570 345 weibliche Mitglieder vorhanden waren. Seit Kriegsausbruch hat die Zahl der männlichen Mitglieder ständig ab-, die der weiblichen ebenso ständig zugenommen. Die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin zählte am 1. Juni 1916 zusammen 128 011 männliche und 281 306 weibliche Mitglieder. Dem Vormonat gegenüber bedeutet dieser Mitgliederbestand eine Zunahme von nur 40 männlichen, dagegen von 2455 weiblichen Mitgliedern. Die weiblichen Beschäftigten haben im Reinigungsgewerbe um 900, in der Metall- und Maschinenindustrie um 835, im Handelsgewerbe um 623, in der chemischen Industrie um 292 usw. zugenommen. Die Dienstboten haben sich um 279 verringert.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Ist als frühere „Versicherung" im Sinne des § 214 RVO. auch die Zeit einer Befreiung nach § 418 anzurechnen?

1. **Nach Viersen.** Antwort: Nach § 419 Abs. 2 RVO. gelten für die nach § 418 Befreiten die §§ 313, 195 bis 200, 224 RVO. so, als ob sie bis zum Ablauf der Befreiung Mitglieder der Kasse gewesen wären. Daß hier nicht auch der § 214 mit angezogen ist, kann allerdings die Annahme recht nahe legen, daß auf die im § 214 vorausgesetzte Zeit der Versicherung die Zeit der Befreiung nicht angerechnet werden könne. Die Verhandlungen der Kommission, auf deren Beschlüssen § 419 beruht (§ 447a der Komm.Beschl., Komm.Ber. II S. 386 ff.), ergeben aber, daß man durch Abs. 2 die Beschäftigung des Befreiten bei dem Arbeitgeber „in allen Beziehungen" der Versicherung bei der Kasse gleichstellen wollte; dabei wurden besonders noch die §§ 215, 221 des Entw. §§ 202, 208 RVO. erwähnt. Danach ist (mit Hahn Anm. 4, Schäffer Anm. 6, Stier-Somlo Anm. 6 zu § 419 und Sitzler Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 1912 S. 126, 127) dem § 419 Abs. 2 eine allgemeinere Bedeutung beizumessen. Auch Hoffmann, der entschieden und mit guten Gründen bestreitet, daß aus dieser Bestimmung etwas für den Umfang des Anspruchs des Befreiten gegen den Arbeitgeber hergeleitet werden könne, erkennt doch an, daß durch § 419 Abs. 2 „der Versicherte dagegen geschützt werden sollte, daß er auf Leistungen, die nur nach längerer Versicherung gewährt werden, infolge der Befreiung keinen Anspruch habe („Betriebskrankenkasse" 1915 S. 128). Man wird also die Anführung der §§ 195, 313 usw. nur als Beispiele für die weitergehende Absicht des Gesetzes ansehen und annehmen müssen, daß die Kasse, aus der ein Mitglied erwerbslos ausgeschieden ist, ihm bei Erhebung eines Anspruchs aus § 214 auch eine vorangegangene Zeit der Befreiung nach § 418 anzurechnen hat.

Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen.

2. **Nach Laupheim.** Antwort: Der preuß. Min.Erl. vom 3. März 1916 (Arb.-Vers. Heft 15 S. 341) besagt, daß dem Gesuche, die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche der Versammlung der „Vereinigung der Krankenkassenführer" zu gestatten, nicht entsprochen werden könne, weil § 363 Abs. 2 RVO. auf Fälle der vorliegenden Art nicht Anwendung finde. Das kann nimmermehr bedeuten, daß es zur Verwendung von Kassenmitteln in Fällen dieser Art einer Genehmigung überhaupt nicht bedürfe. Denn Abs. 2 des § 362 will besagen, daß Kassenmittel für den Besuch von Versammlungen, auch wenn sie den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen sollen, nur nach Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde verwendet werden dürfen. Dies ist in der Begründung zu § 372 des Entwurfs (§ 363 des Ges.) klar ausgedrückt durch die Bemerkung, daß diese Vorschrift „die Zulässigkeit von Aufwendungen der in Rede stehenden Art vom Erlasse solcher Bestimmungen abhängig" macht. Daher kann der oben erwähnte Min.Erl. nur den Sinn haben, daß § 363 Abs. 2 im fraglichen Falle deshalb nicht für anwendbar erachtet wurde, weil nicht angenommen wurde, daß die Versammlungen der Vereinigung „den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen sollen."

Zur Anwendung des § 1 Abs. 2 Ges. vom 4. 8. 14, betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, auf Staats-Betriebskrankenkassen.

3. **Nach S.** Antwort: Der § 255 Abs. 1 RVO. stellt drei Voraussetzungen für die Zulassung einer bestehenden Betriebskrankenkasse auf, darunter die, daß ihre Leistungsfähigkeit für die Dauer sicher sein muß; im Abs. 3 ist dann bestimmt, daß diese Anforderungen nicht gelten für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe des Reichs oder der Bundesstaaten zugelassen werden. Hierzu findet sich in der Begründung (S. 178 zu § 270 Entw.) die Bemerkung, daß die dauernde Leistungsfähigkeit dieser Kassen ohnehin sicher sei. Ersichtlich ist dabei an die Sicherheit gedacht, die sich daraus ergibt, daß für etwaige Fehlbeträge der Arbeitgeber haftet (§§ 296 Abs. 2, 304, 389, 390 RVO.) und daß dieser Arbeitgeber bei den in Rede stehenden Kassen das Reich oder ein Bundesstaat ist. Allein diese auf eine Organisationsvorschrift der Reichsversicherungsordnung bezügliche Erwägung läßt sich nicht ohne weiteres verwenden für die Auslegung eines späteren, aus besonderem Anlaß ergangenen und auf einen ganz besonderen Zweck gerichteten Gesetzes. Das Ges. vom 4. August 1914, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen hat für die Dauer des Krieges zunächst im § 1 für alle Krankenkassen die Leistungen auf die Regelleistungen und die Beiträge auf $4^1/_2$ % des Grundlohns festgesetzt und im Anschluß daran bestimmt, daß das Versicherungsamt auf Antrag des Kassenvorstandes die Erhebung niedrigerer Beiträge oder die Gewährung höherer Leistungen verfügen kann, wenn die Leistungsfähigkeit gesichert ist; und weiter ist im § 2 bestimmt, daß, wenn die Beiträge von $4^1/_2$ % für die Regelleistungen und die Verwaltungskosten nicht ausreichen, bestimmte Personen — bei den Betriebskrankenkassen die Arbeitgeber — die erforderlichen Beihilfen aus eigenen Mitteln zu leisten haben. Das gilt für alle Kassen, auch für die Reichs- und Staats-Betriebskrankenkassen. Vor allem also wollte der Gesetzgeber, im Hinblick auf die durch den Krieg ge-

schaffene Unsicherheit der Lage der Krankenkassen und die dadurch gebotene vorsichtige Verwendung der Kassenmittel, den Haushalt der Kasse in bestimmten Grenzen halten. Mehrleistungen sind nur zuzulassen, wenn die Leistungsfähigkeit der Kasse hierfür bei Beiträgen von $4^1/_2$ % des Grundlohns sicher ist; auf eine weiterreichende Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers oder sonstiger Garanten (§ 2) kann es dabei nicht ankommen, da er nur beihilfepflichtig ist, wenn jene Beiträge für die Regelleistungen nicht ausreichen. Es muß daher dafür gesorgt werden, daß die hiernach zur Verfügung stehenden Beiträge nicht durch den Aufwand für Mehrleistungen überschritten werden. Hätte der Gesetzgeber eine solche Vorsorge bei den Betriebskrankenkassen des Reichs und der Bundesstaaten im Hinblick auf die nicht anzuzweifelnde Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers für entbehrlich gehalten, so hätte er folgerichtig diese Kassen von vornherein schon von der im § 1 getroffenen Regelung ausnehmen und ihnen die Anpassung der Beiträge und Leistungen an die durch den Krieg geschaffene Lage nach den allgemeinen Vorschriften in §§ 387 ff. RVO. überlassen müssen.

Hiernach halten wir das Verlangen des Versicherungsamts und des Oberversicherungsamts, daß die Kasse die einzuführenden Mehrleistungen einzeln bezeichnet und ihre Leistungsfähigkeit hierfür (bei Beiträgen von $4^1/_2$ %) rechnerisch darlege, an sich für begründet. Die andere Frage, ob eine hinreichend überzeugende Darlegung der Leistungsfähigkeit schon durch den Hinweis auf die Rechnungsergebnisse der Vorjahre erbracht ist, unterlag der freien Beurteilung des Versicherungsamts und des Oberversicherungsamts; wir können sie nicht nachprüfen.

Pflicht der Kasse zur Instandhaltung und Erneuerung von „Hilfsmitteln" nach § 187 Ziff. 3 RVO.

4. Nach Berlin. Antwort: Wenn die Satzung der Kasse, entsprechend dem § 187 Ziff. 3 RVO. Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung zubilligt, „die nach beendigtem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsunfähigkeit herzustellen oder zu erhalten", so schließt das auch die Pflicht der Kasse zur Instandhaltung und Erneuerung der Hilfsmittel ein, sofern nicht etwa der Versicherte sie schuldhaft zerstört oder beschädigt hat. Dies hat das Reichsversicherungsamt hinsichtlich der ähnlichen Vorschrift in § 9 Abs. 1 GUVG. (jetzt § 558 Ziff. 1 RVO.) angenommen, und hinsichtlich der Vorschrift in § 187 Ziff. 3 RVO. wird nichts anderes gelten können, weil ohne die Instandhaltung oder Erneuerung der Zweck, die Arbeitsunfähigkeit zu erhalten, vereitelt werden würde. Und der gleiche Grund trifft auch dann zu, wenn der Versicherte das Hilfsmittel selbst nicht von der Kasse erhalten, sondern es schon besessen hat, als er die Mitgliedschaft erwarb; auch in diesem Falle hat die Kasse daher das schadhaft oder unbrauchbar gewordene Mittel wiederherzustellen oder zu erneuern. — Die Worte „nach beendigtem Heilverfahren" stellen klar, daß die Krankenpflege im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. bereits abgeschlossen sein muß. Denn die gleichen Mittel können unter Umständen auch zum Zwecke der Heilung notwendig sein und fallen dann während der satzungsmäßigen Leistungsdauer unter die von der Kasse als Regelleistung zu gewährenden „Heilmittel"; nach abgeschlossenem Heilverfahren aber sind sie als eine Mehrleistung nur dann zu gewähren, wenn die Kassensatzung sie zubilligt und wenn sie zur Herstellung oder Erhaltung der Arbeitsfähigkeit notwendig sind.

Wiedereintritt des Kriegsteilnehmers ist nur bei seiner früheren Krankenkasse statthaft.

5. Nach Leipzig. Frage: Ein seit 30. Oktober 1914 zum Heeresdienst einberufener Arbeiter war vom 12. Mai bis 22. Juni d. J. zur Arbeitsleistung beurlaubt und hat vom 15. Mai bis zum 22. Juni 1916 unserer Kasse angehört. Nach Beendigung der Beschäftigung meldete er sich als freiwilliges Mitglied an. Die Annahme der Meldung wurde aber verweigert, weil er nicht sechs Wochen der Kasse angehört hatte (§ 313 RVO.). Daraufhin forderte er auf Grund der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. Jan. 1915 (RGBl. S. 49, Arb.Vers. 1915 S. 104) die Aufnahme als freiwilliges Mitglied. Dem glauben wir nicht entsprechen zu können, weil der Arbeiter vor und bis zu seiner Einberufung zum Heeresdienst Mitglied einer Betriebskrankenkasse gewesen ist; denn nach unserer Auffassung ist die vorerwähnte Bekanntmachung dahin auszulegen, daß der Versicherte, der bei seiner Einberufung zum Heeresdienst von seinem ihm nach § 313 RVO. zustehenden Rechte keinen Gebrauch gemacht hat, dieses Recht doch nur bei der Kasse geltend machen kann, der er bis zu seiner Einberufung angehört hat und nicht bei anderen Kassen, deren Mitglied er bei einem etwaigen Arbeitsurlaub vorübergehend geworden ist. Ist unsere Ansicht zutreffend?

Antwort: Ja! Denn § 1 der Bek. v. 28. Januar 1915 verweist auf § 3 des Ges. v. 4. August 1914, wonach diejenigen Kriegsteilnehmer „in die Krankenversicherung" wieder eintreten können, deren Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen war. Diese Mitgliedschaft also, d. h. die Mitgliedschaft bei der früheren Kasse soll wiederhergestellt werden können (Hahn in Arb.Vers. 1914 S. 568). Gleiches gilt folgerichtig auch nach der Bek. v. 28. Januar 1915 für diejenigen, die verabsäumt haben, von § 313 Gebrauch zu machen; sie können es noch nachträglich, aber selbstverständlich nur bei derjenigen Kasse, bei der sie zur Zeit ihres Eintritts in den Kriegsdienst zur Weiterversicherung berechtigt waren. Im vorliegenden Falle wäre dies die Betriebskrankenkasse. Wir meinen aber, daß der Arbeiter auch dieser nicht mehr beitreten konnte, weil er inzwischen durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung Pflichtmitglied einer anderen Kasse geworden war. Dadurch wäre, wenn er alsbald von § 313 bei der Betriebskrankenkasse Gebrauch gemacht hätte, seine Mitgliedschaft erloschen (§ 312), und die Bek. v. 28. Januar 1915 kann doch nur bezwecken, die Kriegsteilnehmer in diejenigen Rechte wiedereinzusetzen, die ihnen nach § 313 zustanden, nicht aber ihnen Rechte darüber hinaus zu verleihen.

a) Kassenärzte für einzelne Sektionen der Kasse.
b) Kriegswochengeld für zwei Wochen vor der Niederkunft, wenn diese alsbald nach Inkrafttreten der Bek. v. 3. 12. 14 erfolgt ist.

6. Nach Dresden. Antwort: a) Wir können nicht ersehen, ob die Leiter der Sektionen zur

Anstellung von Aerzten für den ärztlichen Bereich der Sektion ermächtigt sind. Dies konnte nur durch die Satzung geschehen (§ 415 RVO.). Es scheint jedoch, daß die Anstellung mindestens mit stillschweigender Genehmigung des Vorstandes erfolgt ist. Jedenfalls gilt der einzelne Arzt nur für den Bezirk als Kassenarzt, für den er durch schriftlichen Vertrag angestellt ist. Wird er in einem dringenden Falle zur Behandlung eines zu einer anderen Sektion gehörigen Versicherten herangezogen, so kann er weder nach den für die Aerzte dieser anderen Sektion vertragsmäßig vereinbarten Sätzen, noch nach seinem eigenen Vertrag Vergütung für seine Dienste beanspruchen. Denn er ist in solchem Fall überhaupt nicht als Kassenarzt, sondern wie irgend ein anderer, der Kasse fremder Arzt in Anspruch genommen worden. Daher hat er Vergütung nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung zu beanspruchen. Daran würde sich auch nichts ändern, wenn alle Verträge ausschließlich durch den Kassenvorstand, aber immer nur mit Anstellung der einzelnen Aerzte für je eine bestimmte Sektion geschlossen würden; es sei denn, daß die Verträge den Fall besonders regelten.

b) Der Anspruch auf Wochengeld, auch auf Kriegswochengeld, entsteht mit der Niederkunft. Auch die Anwendung des § 3 Ziff. 2 der Bek. vom 3. Dez. 1914, wonach das Wochengeld für acht Wochen, von denen mindestens sechs in die Zeit der Niederkunft fallen müssen, gezahlt wird, setzt nur voraus, daß die Niederkunft nach Inkrafttreten der Bekanntmachung erfolgt ist. Unter dieser Voraussetzung kann also das Wochengeld auch dann für zwei Wochen vor der Niederkunft gezahlt werden, wenn diese Frist in die Zeit vor dem 3. Dezember 1914 zurückreicht.

Zur Unfallversicherung eines Stellmacher-Betriebes.

7. Nach He. Antwort: Der Unfall hat sich in der Stellmacherei zugetragen, nicht im landwirtschaftlichen Betriebe des Arbeitgebers, ist also kein landwirtschaftlicher. Der Stellmacherbetrieb würde aber nur als Fabrik der Unfallversicherung unterliegen, das heißt nur, wenn in ihm regelmäßig mindestens 10 Arbeiter beschäftigt oder dauernd Dampfkessel oder von elementarer oder tierischer Kraft bewegte Triebwerke verwendet werden (§§ 537 Ziff. 23, 538 Ziff. 1 RVO.). Diese Voraussetzung ist im geschilderten Fall anscheinend nicht erfüllt. Schon aus diesem Grunde konnte der Unternehmer keinen Antrag aus § 922 RVO. stellen, denn dieser Paragraph gilt, ebenso wie § 542, nur für solche Betriebe, die der Unfallversicherung unterliegen. Durch einen solchen Antrag würde auch nicht die Unfallversicherungspflicht eines Betriebes, sondern nur die Zuständigkeit einer Berufsgenossenschaft für einen bereits versicherungspflichtigen Betrieb begründet werden. Ob der Unternehmer einen Antrag aus § 922 stellen will, bleibt seinem Ermessen überlassen. Die Kasse muß demnach die Krankenhilfe für die satzungsmäßige Dauer gewähren, ohne einen Ersatzanspruch an den Arbeitgeber zu haben.

Arzneien sind von der Kasse ohne Rücksicht auf den Preis zu gewähren.

8. Nach Dresden. Antwort: Arzneien sind von der Kasse ohne Rücksicht auf die Höhe des Kostenbetrages voll zu bezahlen; denn die Beschränkung der Verpflichtung der Kasse in § 182 Ziff. 1 RVO. erstreckt sich nur auf andere kleinere Heilmittel, nicht auch auf die Arzneien, d. h. nicht auf solche Medikamente, die nach der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 nur in Apotheken feilgehalten und verkauft werden dürfen. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers., Anm. 5d zu § 182.) Es kommt also darauf an, ob die verordneten Heilmittel Arzneien im Sinne der genannten Verordnung sind.

Hebammendienste als ärztliche Behandlung.

9. Nach Berncastel-Cues. Frage: Eine Hebamme beansprucht von der Kasse für gemachte Nährklüstiere für ein Mitglied 28,00 ℳ. Der Kassenarzt hatte diese Hilfeleistung angeordnet. Nach § 122 RVO. umfaßt die ärztliche Behandlung, vorbehaltlich weiterer Bestimmung durch die oberste Verwaltungsbehörde, Hilfeleistung anderer Personen, wie Bader, Hebammen usw. nur dann, wenn der Arzt sie anordnet oder wenn in dringenden Fällen kein Arzt zugezogen werden kann. Wir fragen an, ob die oberste Verwaltungsbehörde eine diesbezügliche Bestimmung getroffen hat.

Antwort: Bestimmungen auf Grund des § 122 Abs. 2 sind in Preußen bisher nicht getroffen. Ihre Anfrage beruht übrigens auf einer irrigen Auffassung. Hilfeleistungen einer Hebamme, die der Arzt angeordnet hat, gehören nach § 122 Abs. 1 Satz 2 ohne weiteres, also unabhängig von einer Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde, zur ärztlichen Behandlung. Der Vorbehalt einer solchen Bestimmung in Abs. 2 betrifft nur die Frage, ob und wieweit Bader, Hebammen usw. „selbständige" Hilfe leisten können, d. h. eine Hilfe, die weder vom Arzt angeordnet noch durch Dringlichkeit geboten war.

Kein Verlust des Vorstandsamts bei nur vorübergehender Nichtbeschäftigung von Versicherungspflichtigen.

10. Nach Völklingen. Antwort Wie wir schon wiederholt bemerkt haben, erlischt das Amt eines Vorstandsmitgliedes beim Wegfall einer Voraussetzung seiner Wählbarkeit nicht von selbst, sondern erst durch Enthebung nach § 24 RVO. (vgl. z. B. 1915 S. 718 Ziff. 4, 1916 Heft 21 S. 504 Ziff. 7). Die Wählbarkeit eines Arbeitgebers setzt aber nur voraus, daß er „regelmäßig" mindestens einen Versicherungspflichtigen beschäftigt. trifft dies zu, so erlischt die Wählbarkeit keineswegs, wenn er tatsächlich nur „vorübergehend" keinen Arbeiter beschäftigt. Er kann daher seines Amtes erst enthoben werden, wenn nach den Umständen anzunehmen ist, daß dieser Zustand sich zu einem regelmäßigen (dauernden) ausgewachsen hat.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1149 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. September 1916 | Heft 27

Beschäftigung gegen Entgelt als Voraussetzung für die Krankenversicherungspflicht.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

III.

(Fortsetzung)

Die Versicherungspflicht wird weder auf Grund einer blos gelegentlichen Beschäftigung noch auf Grund einer zwar dauernden aber nach Leistung und Lohn so geringfügigen täglichen Tätigkeit begründet, daß sie als eine Beschäftigung im Sinne des Gesetzes nicht angesprochen werden kann. Ob dies der Fall ist, ist in jedem Einzelfall nach dem Maße der in dem versicherungspflichtigen Betriebe geleisteten und abgelohnten Arbeit zu entscheiden; vgl. Pr. OVG. Entsch. vem 5. Februar 1903 (Arb-Vers. S. 432), vom 5. Dezember 1895 (Arb-Vers. 1896 S. 466) und vom 2. November 1896 (Arb-Vers. 1897 S. 10). In der Regel werden solche geringfügig gelohnten Arbeiten von Personen, die sonst berufsmäßige Lohnarbeit nicht verrichten, ausgeführt, so daß Versicherungsfreiheit nach § 168 RVO. in Verbindung mit der Bekanntmachung des Reichskanzlers betr. die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756) vorliegt. Sofern es sich nicht um eine geringfügige Tätigkeit handelt, ist es gleichgültig, ob die Beschäftigung eine Haupt- oder Nebenbeschäftigung ist. Ist die Person sowohl ihrer Haupt- als auch ihrer Nebenbeschäftigung nach versicherungspflichtig, so entscheidet über die Kassenzugehörigkeit die Hauptbeschäftigung (§ 309 RVO.). Auch solche Personen, die nur einzelne Stunden am Tage, im übrigen aber ständig gegen Entgelt beschäftigt sind, unterliegen der Versicherungspflicht. Unerheblich ist es, wie der Arbeiter die ihm für den Rest des Tages verbleibende Zeit verwendet, ob er überhaupt nicht mehr gegen Entgelt arbeitet. Die Versicherungspflicht ist deshalb auch nicht grundsätzlich zu verneinen, wenn die tägliche Arbeitsleistung hauptsächlich als eine nicht versicherungspflichtige Beschäftigung anzusehen ist; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 5. Dezember 1895 (ArbVers. 1896 S. 466) und vom 2. November 1896 (Arb-Vers. 1897 S. 10), Bad. Verw. Ger. Hof Entsch. von 19. April 1904 (Arb-Vers. S. 388), Bayr. Verw. Ger. Hof Entsch. vom 27. Februar 1905 (Reger Erg. Bd. 3 S. 266).

Ein formeller, zivilrechtlich gültiger Arbeitsvertrag bildet nicht die Voraussetzung für die Begründung der Versicherungspflicht; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 29. Oktober 1894 (Bd. 27 S. 345), vom 28. November 1901 (Bd. 40 S. 326), vom 4. März 1907 (Pr. Verw.-Bl. Bd. 29. S. 477), Bayr. Verw. Ger. Hof Entsch. vom 10. Juni 1895 (Arb-Vers. 1896 S. 378) und vom 12. Oktober 1908 (ArbVers. 1909 S. 330), Reichsgericht Entsch. in Zivils. vom 23. April 1907 (Bd. 46 S. 43). Infolgedessen begründet auch der an einem Minderjährigen ohne die Genehmigung seines gesetz-

lichen Vertreters (§ 107 BGB.) abgeschlossene Arbeitsvertrag die Versicherungspflicht, da der Mangel der erforderlichen Genehmigung das tatsächliche Vorhandensein eines die Versicherungspflicht begründenden Arbeitsverhältnisses nicht beeinträchtigt. Pr. OVG. Entsch. vom 12. Juni 1893 (Bd. 25 S. 345). Das Gleiche gilt wegen der Beschäftigung von Frauen und jugendlichen Arbeitern im Widerspruch mit den Vorschriften der Gewerbegesetzgebung. Wenngleich ein gegen die Vorschriften der §§ 135, 136 Gew.O. oder des Gesetzes betr. die Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben, vom 30. März 1903 (RGBl. S. 113 abgeschlossener Dienstvertrag gemäß § 134 BGB. nichtig ist, so wird doch durch die tatsächliche Beschäftigung das Versicherungsverhältnis begründet; vgl. Reichsgericht Entsch. i. Zivils. vom 23. April 1907 (Bd. 46 S. 63). Begründet eine Beschäftigung die Versicherungspflicht, so kann diese nicht dadurch ausgeschlossen werden, daß statt eines Dienstvertrages ein Werkvertrag im Sinne des BGB. vereinbart wird. Das wäre nur von Bedeutung, wenn derjenige, welcher sich zur Herstellung eines Werkes verpflichtet, damit zugleich die Eigenschaft eines Unternehmers im Sinne der Versicherungsgesetze erlangt; das ist aber nicht allgemein und nicht unbedingt der Fall; vgl. OVG. Entsch. vom 2. Mai 1905 (ArbVers. S. 483). Eine Beschäftigung die völlig in das Belieben des Arbeiters gestellt ist, ist nicht versicherungspflichtig, wenn tatsächlich auch eine regelmäßige Arbeit nicht geleistet wird. Durch die Beschäftigung die in einem verbotenen Gewerbe z. B. in einem Bordell stattfindet, wird, da der Tatbestand einer strafbaren Handlung nicht Gegenstand eines Gewerbebetriebes sein kann, die Versicherungspflicht nicht begründet; vgl. Pr. OVG. Entsch. i. Steuers. vom 20. März 1893 (Bd. 1 S. 282), Kammergericht Entsch. vom 5. Dezember 1907 (Johow Bd. 35 S. 53), Sächs. Min. d. Innern Entsch. vom 7. November 1900 (Reger Bd. 21 S. 42), Pr. OVG. Entsch. vom 25. März 1899 (Bd. 35. S. 335).

Die Beschäftigung muß im I n l a n d e stattfinden, denn die Versicherungspflicht endet begrifflich an den Grenzen des inländischen Staatsgebiets. Im Ausland Beschäftigte unterliegen daher der Versicherungspflicht nicht, ohne Unterschied, ob sie selbst Inländer oder Ausländer sind, oder vom Ausländer beschäftigt werden; Begr. z. RVO. S. 388. Personen, die in einem im Inlande gelegenen Betriebsteil eines ausländischen Betriebes beschäftigt sind, unterliegen der Versicherungspflicht auch wenn sie im Auslande wohnen. Arbeiter und zwar sowohl Inländer als auch Ausländer, die im Ausland in einer im unmittelbaren Zusammenhange mit dem inländischen Betriebe stehenden Betriebsanlage beschäftigt werden, sind nicht versicherungspflichtig, da lediglich der Beschäftigsort entscheidet und der Grundsatz der Unfallversicherung, daß sich die Versicherung auch auf unselbständige Ausstrahlungen eines inländischen Betriebes erstreckt (Handbuch der Unfallversicherung Bd. I S. 227 ff) für die Krankenversicherung nicht gilt. Eine Ausnahme besteht nur für solche Versicherte, welche vorübergehend im Auslande beschäftigt werden und daher nach § 153 RVO als im Inlande beschäftigt gelten, sowie für Betriebskrankenkassen deren Bezirk alle für den Betrieb geleisteten Arbeiten umfaßt; vgl. RVA. Entsch. vom 6. Mai 1916 (Amtl. Nachr. S. 518).

IV. Ohne Einfluß auf die Versicherungspflicht ist auch der B e w e g g r u n d für die Beschäftigung. Infolgedessen begründet auch die Beschäftigung in einer Wohltätigkeitsanstalt als Akt der Wohltätigkeit die Versicherungspflicht, wenn sie für die Verwaltung der Anstalt von erheblichem wirtschaftlichen Wert ist und nicht zur Ausfüllung der Zeit und zur Förderung der Gesundheit des Aufgenommenen geleistet wird; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 1. April 1913 (ArbVers. S. 587.) Eine Beschäftigung aus Mitleid schließt die Versicherungspflicht nicht aus; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 20. November 1902 (Pr. Verw. Bl. Bd. 24 S. 650). Auch Arbeiter, die mit Notstandsarbeiten beschäftigt werden, sind versicherungspflichtig; sofern Arbeiten von kürzerer Dauer als einer Woche vorliegen, erfolgt die Ver-

sicherung nach Maßgabe der Vorschriften über unständig Beschäftigte es sei denn, daß es sich um Personen handelt, die sonst berufsmäßig keine Lohnarbeiten verrichten und daher nach § 168 RVO. in Verbindung mit der Bekanntmachung des Reichskanzlers betr. die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756) als vorübergehend Beschäftigte versicherungsfrei sind.

Nur die Beschäftigung als *freier Arbeiter* begründet die Versicherungspflicht; (vgl. RVA. Entsch. vom 4. März 1916 (Amtl. Nachr. S. 433). *Strafgefangene* sind daher niemals versicherungspflichtig ohne Rücksicht darauf, ob sie innerhalb oder außerhalb der Anstalt beschäftigt werden. Der Erlös aus der Arbeit ist keine den Gefangenen gezahlte Vergütung, sondern eine Einnahme der Anstalt. Den Strafgefangenen stehen die Insassen von öffentlichen *Arbeitshäusern*, *Besserungsanstalten*, *Landarmenhäusern* und ähnlichen Zwangsanstalten gleich. Dagegen sind freie Arbeiter die neben den Strafgefangenen in diesen Anstalten beschäftigt werden, versicherungspflichtig. Die zur *Zwangserziehung* überwiesenen Personen sind nicht versicherungspflichtig, da ihre Beschäftigung nicht zu gewerblicher Ausbeutung der Arbeitskraft sondern aus erzieherischen Gesichtspunkten stattfindet. (Komm. Ber. z. Ges. betr. die Unfallfürsorge für Gefangene, Drucks. des Reichstags 1898/1900 Nr. 792 S. 2: a. M. RVA. Entsch. vom 7. Oktober 1904 (Amtl. Nachr. 1905 S. 208). Insassen der *Arbeiterkolonie* eines Vereins, der sich die Beschäftigung arbeitslos und mittellos umherziehender Personen zur Aufgabe stellt, um dieselben vor dem Untergange zu bewahren und zu einem geordneten Leben zurückzuführen, sind versicherungspflichtig, denn sie treten freiwillig in die Arbeiterkolonie ein und auch wieder aus, erhalten Lohn für ihre Arbeit und werden zur Arbeit zwangsweise nicht angehalten. Die Beschäftigung in *Verpflegungsstationen* ist als versicherungspflichtig nicht anzusehen, da das für die übliche Beschäftigung Gewährte auch wenn es nicht nur in Nachtquartier und Unterhalt, sondern in Geld besteht, nicht die Natur eines Entgelts für die geleistete Arbeit hat, sondern als eine Unterstützung zum Zwecke des besseren Fortkommens anzusehen ist; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 21. Mai 1896 (Zentralblatt für Arbeiterversicherung 1897 S. 34). Personen, die eine ihrer Natur nach *hohe*, *mehr geistige* (wissenschaftliche, künstlerische usw.) *Tätigkeit* ausüben und mit einer entsprechenden auf Hochschulen erworbenen Bildung ausgestattet sind oder die sich in leitender Stellung mit selbständiger Verantwortlichkeit befinden oder in ähnlicher Weise bei ihrer Dienstführung unabhängige Einzelbeamte sind, erheben sich durch ihre Lebensstellung über den Personenkreis, der nach gewöhnlichem Sprachgebrauch und vom Standpunkte wirtschaftlicher Auffassung dem Stande der Arbeiter oder niederen Betriebsbeamten angehört; sie sind daher nicht versicherungspflichtig. Eine Ausnahme besteht nur für Lehrer und Erzieher sowie für Bühnen- und Orchestermitglieder, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst weniger als 2 500 M. beträgt. Allerdings kommt es auf die Vorbildung nicht an; denn wie eine wissenschaftlich vorgebildete Person infolge ihrer Leistungen, denen ein höheres oder künstlerisches Schaffen fehlt, zum Gewerbetreibenden wird, so kann sie wegen ihrer niederen, der Tätigkeit eines Arbeiters nahestehenden Beschäftigung als gewerblicher Arbeiter angesprochen werden; vgl. Reichsgericht Entsch. i. Zivils. vom 14. März 1898 (Bd. 41 S. 55).

V. *Krankheit* beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung schließt die Versicherung nur aus, wenn sie mit völliger Arbeitsunfähigkeit verbunden ist. Der Versuch einer Beschäftigung durch einen nach seinem körperlichen und geistigen Zustande völlig arbeitsunfähigen Arbeiter reicht zur Begründung der Versicherungspflicht nicht aus; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 23. Oktober 1900 (Bd. 20 S. 352), vom 29. Oktober und 26. November 1894 (Bd. 27 S. 345, 348), vom 21. September 1881 (Reger Bd. 12 S. 18), vom 1. Juli und 3. Oktober 1895 (ArbVers. 1895 S.

645, 1896 S. 209), vom 11. Mai 1896 (Arb Vers S. 567), vom 7. Dezember 1898 (Arb Vers 1899 S. 233), vom 17. April 1902 (Arb Vers. S. 617), vom 13. Januar 1903 (Arb Vers. S. 304), vom 24. Oktober 1907 (ArbVers. 1908 S. 278), vom 8. November 1906 (Arb Vers. 1907 S. 259). Die Gesichtspunkte, die bei Beurteilung der Frage nach der Versicherungspflicht eines beim Antritt der Beschäftigung kranken Arbeiters zu beachten sind, hat das Pr. OVG. in der Entsch. vom 1. Dezember 1904 (Bd. 46 S. 363) zusammengefaßt.

„Das Krankenversicherungsgesetz knüpft die Versicherung der Arbeiter gegen Krankheit an die Leistung von Lohnarbeit in einer der im Gesetze genannten Betriebsarten, ohne hierfür zu unterscheiden, ob die Arbeiter bei Uebernahme der Arbeit gesund oder krank sind, ob sie bei noch vorhandener Arbeitsfähigkeit wegen der Krankheit, von der sie betroffen sind, einer Heilbehandlung bedürfen oder ob sie die Arbeit nur unter Gefährdung der Gesundheit oder einer Verschlimmerung der Krankheit zu leisten vermögen. Das Ermessen der Arbeitgeber, ob sie kranke Arbeiter beschäftigen, und das Ermessen der Arbeiter, ob sie trotz Erkrankung Lohnarbeit leisten mögen, unterliegt nach dem KVG. keiner Einschränkung. Es hat es für ausreichend erachtet, den Kassenorganen die Möglichkeit zu eröffnen, sich gegen Ausbeutung durch kranke Arbeiter in der in §§ 6a, 26a Nr. 3 (jetzt RVO. § 188) bestimmten Art zu schützen.

Nach der Arbeitsleistung unterscheidet das Gesetz insofern, als die Versicherung auf Grund einer Beschäftigung nicht eintritt, die durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist. Auf Grund einer Beschäftigung anderer Art tritt die Versicherung grundsätzlich, und zwar ohne Rücksicht darauf ein, wie lange sie währt, aber im Fall ihrer Aufgabe seitens des Arbeiters doch nur unter der Voraussetzung, daß dem, was an Arbeit geleistet worden ist, ernstlich die Bedeutung einer betätigten Arbeit beigemessen werden darf. Welche Gründe zur Einstellung der Arbeit den Arbeiter bestimmt haben, ist nicht von wesentlichem Belang. War es die alsbald bei der Arbeit wegen Gebrechens, Alters oder Krankheit erkannte Unfähigkeit zur Leistung der übernommenen Arbeit, die es zu einer ernstlichen Arbeitsleistung nicht kommen ließ, so liegt nur ein Arbeitsversuch vor. Sind andere Gründe maßgebend und mag der kranke Arbeiter insbesondere auf die Gefahr hin, seine Krankheit zu verschlimmern, die Arbeit nicht weiter fortsetzen, so kann die Frage, ob die geleistete Arbeit die Versicherung nach sich zieht, nicht anders beantwortet werden als danach, ob sie ernstlich als Arbeit beurteilt werden darf."

Daraus, daß der an einem chronischen Leiden erkrankte Versicherte, welcher zeitweilig einige Wochen seine Beschäftigung wiederaufnimmt, nach Meinung des Arztes länger hätte leben können, wenn er nicht gearbeitet und eine bessere Kost und Pflege genossen hätte, ergibt sich für den Richter noch nicht die Notwendigkeit für den Schluß, daß er in der fraglichen Zeit der Arbeit nur unter Verschlimmerung seines Leidens nachzugehen vermochte, ganz abgesehen davon, daß nicht schon jede Gefahr einer Verschlimmerung der Krankheit den Zustand der Arbeitsunfähigkeit zu begründen geeignet und deshalb nach den Umständen des Einzelfalls zu prüfen ist, welche Bedeutung die Aufnahme der Arbeit mit der Wirkung, daß sie ein bestehendes Leiden verschlimmert, beizumessen ist; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 25. Januar 1897 (ArbVers. S. 262). S. a. Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1910 S. 41 ff. Der Annahme eines Beschäftigungsverhältnisses steht eine Krankheit auch entgegen, die an sich zwar nicht arbeitsunfähig macht, aber der Arbeitsleistung an der in Frage kommenden Stelle hinderlich ist, z. B. wenn ausdrücklich das Fehlen einer ansteckenden Krankheit ausbedungen oder nach den Umständen stillschweigend vorausgesetzt war und der Arbeiter alsbald nach Feststellung einer solchen Krankheit entlassen wird, vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 11. April 1910 (ArbVers. 1911 S. 86). Dagegen schließt sonst das

Verschweigen einer Krankheit die Annahme eines Beschäftigungsverhältnisses nicht aus. Auch bei Beurteiluug der Arbeitsleistungen eines kranken Arbeiters ist von dem Gesichtspunkte auszugehen, daß die geleistete Arbeit und das dafür gewährte Entgelt wirtschaftlich von einiger Bedeutung sein und in annehmbaren Verhältnis zu den Lasten der Krankenversicherung stehen müssen. Bei Arbeiten von kurzer Dauer wird in der Regel ein Arbeitsversuch anzunehmen sein, wenn der Betreffende nach überstandener Krankheit ohne Erlaubnis des Arztes nach eigenem Gutdünken die Arbeit aufgenommen hat. Im Uebrigen schließt der Bezug einer Invalidenrente die Versicherungspflicht nicht ohne weiteres aus; vgl. RVA. Entsch. vom 12. Oktober 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 343).

VI. Als Entgelt sind nach § 160 RVO. neben Gehalt oder Lohn auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge anzusehen, die der Versicherte, wenn auch nur gewohnheitsmäßig statt des Gehaltes oder Lohnes oder neben ihm von dem Arbeitgeber oder von einem Dritten erhält. Dabei wird unter „Gehalt" die auf einen längeren Zeitraum bemessene feste Vergütung für Dienstleistungen höherer Art, unter „Lohn" die für einen kürzeren Zeitraum oder nach der Menge der Leistungen bemessene Vergütung für Arbeit verstanden. Unerheblich ist es, ob der Lohn als Zeit-, Akkord- oder Stücklohn oder in anderer Weise bemessen ist. Zum Gehalt oder Lohn gehören auch Provisionen sowie Reisespesen und Reisekosten, sofern sie für den Versicherten einen wirtschaftlichen Vorteil haben, nicht aber Vergütungen, die zur Bestreitung der Dienstunkosten gewährt werden und auch tatsächlich erforderlich sind. Von Gehalt oder Lohn ist auch die Rede, wenn die Vergütung nicht nur für die Tätigkeit des Empfängers, sondern auch zur Besoldung der von ihm beschafften Hilfskräfte und zur Bestreitung anderer Ausgaben gewährt wird, so daß die Höhe des Uebrigbleibenden in gewissem Maße von der eigenen Entschließung und der geschäftlichen Tüchtigkeit des Empfängers abhängt. „Gewinnanteil" ist jeder Anteil am Ertrage der Arbeit, sei es der Anteil am Geschäftsgewinn, sei es die in anderer Weise nach dem Ertrage bemessene Vergütung Unter dem Begriff „Sachbezüge" fällt alles, was als Gegenstand menschlichen Gebrauchs oder Verbrauchs verwendbar oder verwertbar ist, also nicht nur Wohnung, Kleidung, Nahrungsmittel, Feuerung usw. sondern auch Landnutzungen, Viehfutter, Aussaat, Erlaubnis zum Einstellen von Schafen in die Herde des Dienstherrn, so daß sie an Futter und Weide teilnehmen, während die Nutzungen dem Schäfer zufallen, Leistung von Spanndiensten, freie ärztliche Behandlung. Während bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die ausschließliche Gewährung von freiem Unterhalt als Entgelt die Versicherungspflicht nicht begründet (§ 1227 RVO.), ist für die Krankenversicherung die Art des Entgelts ohne Bedeutung. Eine Ausnahme besteht für den Bereich der Krankenversicherung nach § 172 Nr. 4 RVO. insofern als Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissinnen, Schulschwestern und ähnliche Personen versicherungsfrei sind, wenn sie sich aus religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und als Entgelt nicht mehr als freien Unterhalt beziehen. Dabei wird unter freiem Unterhalt das Maß der wirtschaftlichen Güter verstanden, das zur unmittelbaren Befriedigung der notwendigen Lebensbedürfnisse erforderlich ist.

Eine Beschäftigung kann auch in der Weise vorkommen, daß der Entgelt nicht von dem eigentlichen Arbeitgeber, sondern von einem Dritten gewissermaßen für Rechnung des Arbeitgebers gegeben wird. Hierher gehören die Trinkgelder an Kellner und Kellnerinnen, sofern sie auf diese vom Arbeitgeber angewiesen sind, oder die Gebühren der Schneeschuhanschnaller oder die Einnahmen der Logenschließer aus dem Verkauf der Theaterzettel oder aus dem Verleihen von Operngläsern. Ein Droschkenkutscher, der von dem Fuhrherrn täglich eine Droschke zur Benutzung gegen einen bestimmten Betrag mit der Ver-

pflichtung entnimmt, den vereinbarten Betrag an den Fuhrherrn abzuliefern, während er den Mehrverdienst für sich behält, ist gegen Lohn beschäftigt; vgl. Pr. OVG. Entsch. v. 29. Juni 1896 (Bd. 30 S. 360, die von dem Inhaber eines Dienstmannsinstituts angestellten Dienstmänner sind versichert, ohne Rücksicht darauf, ob der Unternehmer die Dienstmänner zur Abführung der von den Dritten erhobenen Gebühren vorbehaltlich ihrer demnächstigen Ablohnung aus seinen Mitteln verpflichtet oder ob er ihnen die erhobenen Gebühren als ihren Lohn vorbehaltlich des an ihn als Eigenverdienst abzuführenden Anteils überläßt; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 20. April 1898 (Bd. 33 S. 393). Der Lohn kann auch in der Weise vereinbart sein, daß nicht der Arbeitnehmer, sondern eine Mittelsperson die Vergütung von dem Arbeitgeber empfängt, z. B. der Akkordant für seine Hilfskraft, deren Lohn in diesem, dem ersteren gezahlten Lohn mitenthalten ist. Ueberhaupt ist weniger auf die hergebrachte Bezeichnung als auf den wirklichen Tatbestand, weniger auf die rechtliche Form als auf den wirtschaftlichen Inhalt des Geschäfts zu sehen. Demgemäß ist weder erforderlich, daß ein klagbarer Anspruch auf den Entgelt besteht, noch darauf, daß im Voraus die Absicht, gegen Entgelt zu arbeiten oder einen solchen zu gewähren, erklärt ist. Vielmehr genügt eine rein tatsächliche Zuwendung, die der Beschäftigte nach den Umständen des Falles als einen Entgelt für seine Tätigkeit ansehen kann, z. B. Weihnachtsgratifikationen.

Auf die Höhe des Entgelts kommt es bei Arbeitern, Gesellen, Gehilfen, Lehrlingen und Dienstboten nicht an. Hier besteht die Versicherungspflicht ohne Rücksicht auf die Höhe des Entgelts. Anders bei den übrigen versicherungspflichtig Beschäftigten, also insbesondere bei Betriebsbeamten, Werkmeistern, anderen Angestellten in ähnlicher gehobener Stellung, bei Handlungsgehilfen, Lehrern, Bühnen- und Orchestermitgliedern usw. Erreicht der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst dieser Personen den Betrag von 2500 M, so hört die Versicherungspflicht auf. Diese Personen können sich dann aber weiterversichern, bis ihr Gesamteinkommen 4000 M beträgt, wobei es gleichgültig ist, ob die Höchstgrenze schon vor Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung erreicht wurde (§ 178) vgl. RVA. Entsch. vom 14. Dezember 1914 (Amtl. Nachr. 1915 S. 353).

(Schluß folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 8 der **Amtl. Nachr.** vom 15. August 1916.)

I. Unfallversicherung.

Die Rechtsmittelfrist gilt durch Eingang des Rechtsmittels bei einer der im § 129 Abs. 2 RVO. bezeichneten Stellen auch dann als gewahrt, wenn es nicht bei der Stelle einzulegen ist, die zu entscheiden hat; zu vgl. §§ 660, 667, 1680 RVO. (2891 S. 571).

Summarische Lohnnachweise sind unzulässig, wenn die Satzung sie nicht ausdrücklich vorschreibt (2892 S. 572).

Ueber den Anspruch des Verletzten auf Erstattung von Kosten, die ihm durch seine von der Berufsgenossenschaft angeordnete ärztliche Untersuchung erwachsen sind (Reise- und Zehrungskosten, Verdienstausfall usw.), ist im instanzmäßigen Beschlußverfahren zu entscheiden (2893 S. 572).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Eine Wöchnerin, deren Ehemann nach ihrer Niederkunft zum Heeresdienst eingezogen worden ist, hat keinen Anspruch auf den Entbindungskostenbeitrag oder die an seine Stelle tretenden Sachleistungen nach § 3 Ziff. 1, § 4 Abs. 1 der Bek. v. 3. 12. 14 (2221 S. 573).

Nach § 7 Abs. 1 der Bek. (über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges) v. 28. 1. 15 gilt die Zeit einer Befreiung von der Versicherung auf Grund des § 170 RVO. nicht wie diejenige auf Grund der §§ 418, 435

RVO. der Zeit des Versichertseins im Sinne des § 1 Ziff. 2 und des § 8 der Bek. v. 3. 12. 14 gleich (2222 S. 575).

Einem in der zweiten oder dritten Woche nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung Erkrankten, der die Anzeige der Weiterversicherung erst in einer dieser Wochen gemacht hat, steht ein Anspruch auf Kassenleistungen unter den Voraussetzungen des § 214, nicht auf Grund des § 313 RVO. zu (2223 S. 576).

Dienstboten, die auf Grund landesrechtlicher Bestimmung nach § 440 Abs. 1 RVO. versicherungsfrei sind, gelten während dieser Zeit nicht als auf Grund der Reichsversicherung versichert im Sinne des § 195 Abs. 1 RVO. (2224 S. 577).

Unständig Beschäftigte haben — abgesehen von § 573 RVO. — in einem Versicherungsfalle, der während der nach § 451 eingeführten Wartezeit eintritt, keinen Anspruch an die Krankenkasse. — In einem solchen Falle ist § 212 nicht anzuwenden (2225 S. 578).

Einer Krankenkasse, die einem Unfallverletzten während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall Krankenhauspflege und das Hausgeld gewährt hat, ist nach § 576 RVO. lediglich der gemäß § 573 gezahlte Unfallzuschuß zum Hausgelde zu ersetzen (2226 S. 579).

Die in einem rechtskräftigen Bescheide festgesetzte Höhe der Rente kann in einem späteren Bescheide, der das Ruhen der Rente und Kapitalabfindung gemäß § 1313 Ziff. 1, § 1316 RVO. ausspricht, nicht mehr abgeändert werden. — Für die Frage, ob Minderjährige sich „freiwillig" im Ausland aufhalten (§ 1313 Ziff. 1 RVO.) kommt es auf den Willen des Vormundes an (2227 S. 581).

Vereinbarungen allgemeiner Art zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften wegen Regelung der Ersatzpflicht nach § 1513 RVO. (zu vgl. Amtl Nachr. 1913 S. 688, Arb.Vers. 1914 S. 22) sind zulässig. — Bei Streit über die Höhe des hiernach zu leistenden Ersatzes ist nach § 1515 Abs. 2 RVO. im Spruchverfahren zu entscheiden (2228 S. 582).

Für den Anspruch eines Mitglieds einer Sonderanstalt auf Versicherungsleistungen nach dem 4. Buche der RVO. besteht nur der besondere Rechtszug, der in der Satzung der Sonderanstalt vorgesehen ist; zu vgl. auch §§ 112, 1678 Ziff. 2 RVO. (2229 S. 583).

Die Gewährung von Sachleistungen an Trunksüchtige (§§ 120, 121 RVO.) kann auf dem Gebiete der Krankenversicherung schon vor Eintritt eines Versicherungsfalls angeordnet werden (2230 S. 585).

Als Beschäftigungsort eines Bücherkolporteurs gilt unter Umständen seine Wohnstätte. — Hat eine unzuständige Krankenkasse für einen Versicherungspflichtigen nach vorschriftsmäßiger Anmeldung länger als drei Monate hindurch ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen (§ 315 RVO), so kann die zuständige Kasse für die gleiche Zeit keine Beiträge verlangen (2231 S. 586).

Die während des Krieges im besetzten Gebiet angeworbenen russisch-polnischen Arbeiter, die freiwillig und mit Genehmigung der zuständigen Behörden zur Arbeit nach Deutschland gekommen sind, sind als freie Arbeiter krankenversicherungspflichtig; zu vgl. auch Rek.Entsch. 2877, Amtl. Nachr. 1916 S. 497, Arb.Vers. 1916 S. 442 (2232 S. 587).

Für einen Pflasterlehrling, der wegen des Ruhens der Arbeit während der Wintermonate beurlaubt und nur verpflichtet ist, nach dieser Pause das Lehrverhältnis fortzusetzen, sind für die Zwischenzeit Beiträge zur Krankenversicherung nicht zu entrichten (2233 S. 588).

Den Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. ist nicht genügt, wenn in einem Ortsstatut bestimmt ist, daß den in Betrieben oder im Dienste der Gemeinde Beschäftigten, wenn sie nur behandlungsbedürftig sind, an Stelle der Regelleistungen der halbe Betrag des Krankengeldes gewährt werden kann (2234 S. 590).

Der Besoldungsplan der Dienstordnung (§ 353 RVO.) darf vom Kassenvorstande nicht vor der Genehmigung durch das Oberversicherungsamt durchgeführt werden. Gehaltsregelungen durch außerordentliche Maßnahmen des Kassenvorstandes sind unzulässig (2235 S. 591).

Eine Abmeldung gilt im Sinne des § 397 Abs. 1 RVO. dann erst als bewirkt, wenn sie bei der Krankenkasse eingeht (2236 S. 592).

Ein von einem Staatsbeamten beschäftigter Kraftwagenführer, der auch als Diener verwendet wird und Wohnung in demselben Hause erhält, in dem sich die Wohnung des Arbeitgebers befindet, gehört zu den Dienstboten im Sinne der Preuß. Gesindeordg. und der §§ 435 ff. RVO. (2237 S. 593).

Die Befreiung von der Versicherungspflicht nach §§ 418, 435 RVO. durch den Vorstand einer Krankenkasse wirkt auch gegenüber anderen Kassen (2238 S. 594).

Für unständig Beschäftigte beginnt die Frist für die Erklärung der freiwilligen Fortsetzung der Krankenversicherung (§ 447 Abs. 3 Satz 1 RVO.) frühestens mit dem Tage der Löschung im Verzeichnis (2239 S. 596).

Die Verjährung der Strafverfolgung wegen Nichtanmeldung Versicherungspflichtiger zur Krankenkasse (§§ 530, 147 RVO.) beginnt, wenn die Anmeldung nicht vorher nachgeholt ist, mit dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses (2240 S. 597).

Die auf Grund des Gesetzes über die Kriegsleistungen v. 13. Juni 1873 von den Gemeinden der Militärverwaltung zur Verfügung gestellten Befestigungsarbeiter sind auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht versicherungspflichtig (2241 S. 598).

Die seit Ausbruch des Krieges in Deutschland zurückbehaltenen russisch-polnischen gewerblichen Arbeiter sind während des Krieges nicht versicherungspflichtig (2242 S. 599).

Eine von einem Jugendschutzverein beschäftigte Aufsichtsdame eines Mädchenhorts ist als Erzieherin nach § 1226 Abs. 1 Ziff. 5 RVO. für versicherungspflichtig erachtet worden. (2243 S. 661).

B. Zur Krankenversicherung.

Ist Unfallversicherung der Organmitglieder auf Kosten der Krankenkasse zulässig?

Entsch. des **Oberversicherungsamts Dortmund** vom 26. Mai 1916 (B. L. 43/16).

Der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu C. hat mit einer Versicherungsgesellschaft eine Versicherung abgeschlossen, durch die die Vorstands- und Ausschußmitglieder sowie die Angestellten der Kasse gegen Unfälle, die ihnen in Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit oder ihres Dienstes zustoßen, versichert wurden. Für diese auf 10 Jahre abgeschlossene Versicherung ist an Prämie ein Betrag von 1555,08 *M* aus Mitteln der Kasse bezahlt. Das Versicherungsamt Dortmund-Land hat den Vorstand für verpflichtet erklärt, wegen Rückerstattung dieses Betrages das Erforderliche zu veranlassen, weil die Verwendung von Kassenmitteln für eine derartige Versicherung nicht zu den Aufgaben der Kasse gehöre und daher ungesetzlich sei. Auf Beschwerde des Kassenvorstandes hat das Oberversicherungsamt die Entscheidung des Versicherungsamts, soweit sie sich auf die Organmitglieder bezieht, bestätigt, hinsichtlich der Angestellten dagegen aufgehoben. — Gründe:

Nach § 363 RVO. dürfen die Mittel der Kasse nur zu den satzungsmäßigen Leistungen, zur Füllung der Rücklage, zu den Verwaltungskosten und für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung, verwandt werden. Die Unfallversicherung könnte hiervon nur evtl. zu den Verwaltungskosten gerechnet werden, mithin hat sich die Prüfung der Frage hierauf zu erstrecken. Da die abgeschlossene Versicherung für die Vorstands- und Ausschußmitglieder, sowie für die Beamten und Angestellten der Kasse galt, ist ferner für jede dieser Gruppen gesondert die Berechtigung der Kasse zum Abschluß einer Versicherung gegen Unfallgefahr zu untersuchen. Die Uebernahme von Versicherungsprämien für Vorstands- und Ausschußmitglieder durch die Krankenkasse würde nur dann als eine der Kasse obliegende Verwaltungsausgabe angesehen werden können, wenn die Kasse bei Eintritt von Unfällen dieser Personen als grundsätzlich entschädigungspflichtig anzusehen ist. Dafür fehlt es aber an der erforderlichen rechtlichen Unterlage. Nach § 21 RVO. verwalten die genannten Personen ihr Amt als Ehrenamt. Aus der Bestimmung des § 21 RVO., daß den genannten Personen bare Auslagen zu erstatten sind, kann eine soweit gehende Haftung der Kasse nicht geschlossen werden. Dazu würde es einer besonderen Bestimmung bedürfen, an der es fehlt. Unter Ausgaben können auch nur Ausgaben verstanden werden, die im Interesse der Kasse aufgewendet worden sind, d. h. die unmittelbar zum Zwecke der Führung des Amtes erforderlich waren und die deshalb als eigene Ausgabe der Kasse zur Last fallen, während es sich hier um Anwendung eines Schadens handelt, der zwar durch die Amtsführung entstanden ist, der aber keine zur Führung des Amtes notwendige Auslage darstellt. Die Vorstands- und Ausschußmitglieder stehen in dieser Hinsicht nicht anders als Mitglieder anderer gewählten Korporationen, z. B. des Gemeindekollegiums, der Kreistage usw. Sofern etwa die analoge Anwendung privatrechtlicher Grundsätze zu decken wäre, so würde nur etwa die über die Ausführung eines unentgeltlichen Auftrages geltende Rechtsregel in Betracht kommen (§ 662 BGB.), nach der eine Unfallentschädigung ebenfalls nicht vorgesehen, sondern abgesehen von dem Falle des Verschuldens des Auftraggebers ausgeschlossen ist (§ 670 BGB. Fischer-Henle Anm. 4 zu § 670 BGB.).

Damit scheint auch der Kommissionsbericht I S. 19 zur RVO. übereinzustimmen, wonach nur die Aufwendungen zu erstatten sind, die notwendigerweise mit der Ausübung des Ehrenamtes verbunden sind. Wenn im § 552 Ziff. 3 RVO. für die Mitglieder der Organe eine Berufsgenossenschaft die Versicherung gegen Unfall nach besonderer Bestimmung der Genossenschaftssatzung für zulässig erklärt worden ist, so ist daraus zu schließen, daß grundsätzlich und ohne diese Bestimmung der Reichsversicherungsordnung und der Satzung, die Mitglieder der Organe der Berufsgenossenschaft nicht gegen Unfall versichert sind. Es liegt darin also eher eine Bestätigung der hier vertretenen Auffassung, da für Mitglieder der Krankenkassenorgane eine entsprechende Bestimmung der Reichsversicherungsordnung fehlt. Beamte sind die Vorstands- und Ausschußmitglieder nicht, so daß die Uebertragung beamtenrechtlicher

Grundsätze nicht in Frage kommt. Eine abweichende Ansicht findet sich bei Hahn (Anm. 2 zu § 21 RVO.), die indes näherer Begründung entbehrt und vom Oberversicherungsamt nicht geteilt wird. Daß unter Umständen für Vorstands- und Ausschußmitglieder Belastungen aus der Ablehnung der Haftung für Unfallversicherung entstehen können, mag zugegeben sein. Für die Rechtsfrage würde dieser Gesichtspunkt aber nicht entscheiden.

Was die Beamten der Kasse betrifft, so sind ihnen die Rechte der Kommunalbeamten gemäß § 359 Abs. 4 RVO. beigelegt. Die Ansprüche von Kommunalbeamten aus Unfällen kann gemäß §§ 10 ff. Ges. betr., die Fürsorge für Beamten infolge von Betriebsunfällen vom 2. Juni 1902 durch statutarische Anordnung, eine den Vorschriften des genannten Gesetzes gleichkommende Fürsorge getroffen werden. Ist eine derartige statutarische Regelung getroffen, so haben die Kommunalbeamten nur im Rahmen des Gesetzes vom 2. Juni 1902 Ansprüche auf Unfallentschädigung gegen den Kommunalverband. Es kann dahin gestellt bleiben, in welcher Weise für Beamte der Krankenkasse die statutarische Regelung des Gegenstandes entsprechend dem Gesetz vom 2. Juni 1902 zu erfolgen haben würde. Denn es fehlt in jedem Falle an einer statutarischen Regelung dieser Art oder einer sonstigen Regelung des Gegenstandes für die streitige Kasse. Es steht deshalb der Kasse frei, eine Unfallfürsorge auf anderer Grundlage, als der des Gesetzes vom 2. Juni 1902, namentlich Privatversicherung, eintreten zu lassen, wie es bei Kommunalbeamten ebenfalls zulässig ist. Eine entsprechende Bestimmung darüber würde in das Regulativ aufzunehmen sein, welches über die Rechtsverhältnisse der Kassenbeamten maßgebende Bestimmung trifft. Das für die Allgemeine Ortskrankenkasse in C. erlassene Regulativ enthält allerdings eine solche Bestimmung nicht. Das Oberversicherungsamt, welches das Regulativ erläßt, hat aber keine Bedenken gegen die Aufnahme eines entsprechenden Zusatzes im Regulativ auf Antrag der Kasse. Von einer Beanstandung des streitigen Ausgabepostens hat das Oberversicherungsamt deshalb in dieser Hinsicht abgesehen. Das gleiche gilt für die Unfallversicherung der sonstigen Angestellten der Kasse, da auch hier im Wege des Dienstvertrages bezw. Dienstordnung eine Unfallfürsorge bezw. eine Prämienzahlung für Unfallversicherung von der Kasse übernommen werden kann. Es steht auch hier der Kasse frei, eine Ergänzung der Dienstordnung vorzunehmen und zur Genehmigung vorzulegen. Die Entscheidung des Königlichen Versicherungsamts Dortmund-Land war daher bezüglich der Vorstands- und Ausschußmitglieder zu bestätigen, bezüglich der Beamten und Angestellten aufzuheben.

Anmerkung:

Herr Geheimer Justizrat Hahn,

dem wir diese Entscheidung mit dem Ersuchen um eine Aeußerung vorgelegt haben, schreibt uns:

Die Entscheidung ist, soweit sie sich auf die Mitglieder des Kassenvorstandes und des Ausschusses bezieht, verfehlt. Ich habe in meinem Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 2 zu § 21 RVO. bemerkt: „Versichern sich Mitglieder der Kassenorgane gegen Unfälle bei Ausübung ihres Amtes, insbesondere auch bei Reisen, so gehören die Versicherungsprämien zu den baren Auslagen; deshalb darf auch die Kasse direkt die Versicherung besorgen und die Prämien bezahlen (Arb.Vers. 26 S. 127 Ziff. 7; vgl. Handb. der Unf.Vers. zweite Aufl. S. 128 Anm. 7 zu § 2; auch RVO. § 552 Ziff. 3)." Wenn das Oberversicherungsamt meint, daß meine Ansicht „näherer Begründung entbehrt", so beruht diese Meinung nur darauf, daß das Oberversicherungsamt die Verknüpfung des zweiten Satzes mit dem ersten („deshalb"!), sowie den Hinweis auf das Handb. der Unf.Vers. nicht beachtet und den gleichfalls von mir angezogenen § 552 Ziff. 3 RVO. gründlich mißverstanden hat.

Es heißt im Handb. der Unf.Vers. a. a. O.: Eine statutarische Vorschrift, daß Vorstandsmitglieder, Vertrauensmänner und Beamte der Berufsgenossenschaft gegen Unfälle bei Ausübung ihrer Funktionen nach Maßgabe des § 2 Abs. 1 UVG. versichert, Beiträge dafür aber nicht erhoben werden sollen, sei (nach damaligem Rechte!) nicht statthaft. „Es würde jedoch kein Bedenken dagegen bestehen, daß auf Beschluß der Genossenschaftsversammlung die gedachten Personen sich bei einer Privatversicherungsgesellschaft gegen die Folgen von Unfällen, welche sie bei Gelegenheit der Ausübung ihres genossenschaftlichen Amtes etwa treffen, mit einem von der Genossenschaftsversammlung zu bestimmenden angemessenen Rentenbetrage versichern, und ihnen die dafür zu zahlenden Prämien als bare Auslagen von der Berufsgenossenschaft ersetzt werden ...."

Was damals — nach dem UVG. v. 1884 — noch nicht zulässig war, ist jetzt nach § 552 Ziff. 3 RVO., wie schon vorher nach dem entsprechenden § 5 Abs. 3c GUVG. v. 1900, statthaft: „Die Satzung kann bestimmen, unter welchen Bedingungen gegen Unfälle der in den §§ 544, 546 bezeichneten Art versichert werden können ... 3) durch den Vorstand der Genossenschaft die Mitglieder ihrer Organe und ihre Beamten." Die Bedeutung der Vorschrift liegt darin, daß die Satzung dem Vorstande die Befugnis erteilen kann, Personen, die an sich nicht unter die Unfallversicherung fallen, dennoch bei der eigenen Berufsgenossenschaft zu versichern. Das ist nämlich der Berufsgenossenschaft sonst untersagt (§ 25 Abs. 3 RVO.). Deshalb war die Vorschrift des § 552 Ziff. 3 notwendig. Der Vorstand soll nicht genötigt sein, die Mitglieder der Genossenschaftsorgane und ihre Beamten auf die Versicherung bei einer Privatversicherungsgesellschaft zu verweisen und ihnen die Kosten zu ersetzen; die Genossenschaft kann vielmehr unmittelbar die Versicherung selbst übernehmen, so daß die Kosten dafür die Gesamtheit der Mitglieder treffen (zu vgl. Moesle-Rabeling Anm. 10 zu § 552).

Die Befugnis der Berufsgenossenschaft aber, überhaupt Mittel der Genossenschaft für den fraglichen Zweck zu verwenden, ist nicht erst im

§ 552 begründet, sondern vorausgesetzt, und der Schluß, den das Oberversicherungsamt aus dem Mangel einer entsprechenden Vorschrift für Krankenkassen zieht, ist daher hinfällig. Nur das folgt aus dem erwähnten Mangel, daß der Kassenvorstand nicht etwa selbst alle Organmitglieder, also auch die weder versicherungspflichtigen noch versicherungsberechtigten Arbeitgeber bei der eigenen Krankenkasse gegen Krankheit oder gar gegen Unfälle versichern darf. Für alle Versicherungsträger, also auch für die Krankenkassen gilt aber, daß sie den Versicherungsvertretern ihre baren Auslagen zu erstatten haben (§ 21), natürlich nur die „notwendigen" baren Auslagen; nur ist die Notwendigkeit unter dem Gesichtspunkt der Vernünftigkeit zu beurteilen, und daß Leute, die bei Ausübung ihres (Erwerbs- oder ehrenamtlichen) Berufs einer besonderen Unfallgefahr ausgesetzt sind, sich hiergegen versichern, darf heut als vernünftig und daher als notwendig gelten. Deshalb gehört, was die Organmitglieder der Krankenkassen hierfür in angemessenen Grenzen aufwenden, zu den nach § 21 zu erstattenden baren Auslagen und deshalb darf folgerichtig die Krankenkasse auch unmittelbar selbst ihre Unfallversicherung bei einer Privatgesellschaft übernehmen und die Kosten dafür bestreiten.

Keine Krankenversicherungspflicht von Arbeitern eines Feldproviantamts in Feindesland, für die nur Zugehörigkeit zu einer Ortskrankenkasse in Frage kommt.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 6. Mai 1916 (2205 Amtl. Nachr. 1916 S. 518).

Das Reichsversicherungsamt hat bereits in der Revisionsentsch. des Großen Senats 2137 (Amtl. Nachr. 1916 S. 334 ff.), in der es sich um einen Anspruch eines im besetzten Feindeslande verwundeten Kriegsteilnehmers aus § 214 RVO. handelt, ausgesprochen, daß das im gegenwärtigen Kriege von deutschen Truppen besetzte feindliche Ausland als Ausland im Sinne des § 214 Abs. 3 anzusehen ist. Wegen der Begründung dieser Auffassung wird auf jene Entscheidung verwiesen. Ist das besetzte Feindesland für die deutschen Kriegsteilnehmer versicherungsrechtlich Ausland, so gilt dies auch für die hier in Rede stehenden Arbeiter. Da der Versicherungszwang grundsätzlich nur alle im Inland verrichteten Arbeiten ergreift und im Ausland beschäftigte Personen in der Regel der Versicherungspflicht nicht unterliegen, so kann es sich nur fragen, ob die Tätigkeit im Ausland für die Krankenversicherung ebenso wie für die Unfall- und die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung als Teil, Zubehör, Fortsetzung oder Ausstrahlung eines inländischen Betriebs in Betracht komme und die beschäftigte Person somit gewissermaßen als im Inland beschäftigt angesehen werden kann. Für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung bietet der § 1330 RVO. die gesetzliche Grundlage für eine dahingehende Rechtsprechung, während in der Unfallversicherung die Rechtsübung sich unabhängig von gesetzlichen Vorschriften in Würdigung bestehender Bedürfnisse entwickelt hat. Das Fehlen einer gesetzlichen Vorschrift würde also nicht unbedingt die Anwendung jenes Grundsatzes in der Krankenversicherung ausschließen. Es darf aber nicht übersehen werden, daß die Verhältnisse in der Krankenversicherung im Hinblick auf die besondere Gestaltung der Versicherungsträger und die damit zusammenhängende Regelung der Kassenzugehörigkeit anders liegen. Die Anwendung des Grundsatzes der Ausstrahlung ins Ausland verneint Hoffmann, Kommentar Anm. 23 h zu § 165 überhaupt. Es sei dahingestellt, ob bei den Betriebs- und den Innungskrankenkassen, bei denen die Kassenzugehörigkeit auf der Beschäftigung in bestimmten Betrieben beruht, der Grundsatz der Ausstrahlung anwendbar ist; für Orts- und Landkrankenkassen, die nach § 226 RVO. für örtliche Bezirke errichtet sind, kann man den Grundsatz ohne die Stütze einer gesetzlichen Vorschrift jedenfalls nicht zulassen (zu vgl. Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 1915, Sp. 612 ff., besonders 615). Als eine solche Stütze wird allerdings in der Literatur der § 153 Abs. 2 RVO. angeführt (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. 8. und 9. Aufl. Vorbem. 2 zu § 153, sowie für das frühere Recht Hahn, Krankenversicherungsgesetz 5. Aufl. Anm. 1 d zu § 5 a), während dies von anderer Seite bekämpft wird, weil jene Vorschrift die Frage der Versicherungspflicht als gelöst voraussetze (zu vgl. Rosin, Das Recht der Arbeiterversicherung II S. 98). Es braucht hier nicht entschieden zu werden, welcher Auffassung der Vorzug zu geben ist. Im vorliegenden Falle war oder ist die Beschäftigung der vier Arbeiter beim Proviantamte L. in Frankreich, die bereits über Jahr und Tag dauert, zeitlich so ausgedehnt, daß man nicht von einzelnen Arbeiten von geringer Dauer sprechen kann (zu vgl. Entsch. 1942, Amtl. Nachr. 1914 S. 828). Hieraus ergibt sich, daß die vier Arbeiter während der Dauer ihrer Beschäftigung beim Proviantamte L. nicht krankenversicherungspflichtig sind.

Regelwidrige Entbindung, bei der ärztlicher Eingriff erforderlich ist, ist „Krankheit" im Sinne von § 182 No. 1 RVO.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Leipzig** vom 14. Juni 1916 (II 14/16).

Es ist dem Versicherungsamte beizupflichten, wenn es ausführt, daß ärztliche Geburtshilfe im Sinne des § 198 RVO., wenn sie die Kasse als Mehrleistung satzungsgemäß eingeführt hat, nur weiblichen Versicherungspflichtigen zu teil werden kann. Um einen solchen Fall handelt

es sich hier aber nicht. Aerztliche Geburtshilfe ist eine Hilfeleistung, ohne daß bei der Niederkunft eine Krankheit vorzuliegen braucht, also in allen den Fällen, wo vorsichtige Menschen sie für geboten halten, so bei einer nicht ganz leichten Entbindung, regelmäßig aber wohl bei jeder ersten Entbindung. Anders liegt aber der Fall, wenn es sich um eine Regelwidrigkeit bei der Geburt handelt. Solchenfalls liegt in der Mehrzahl der Fälle „Krankheit" im Sinne des § 182 Nr. 1 RVO. vor, wofür die Krankenkassen, ganz gleich, ob es sich um Versicherungspflichtige oder um Versicherungsberechtigte handelt, einzutreten haben. Die ärztliche Behandlung kommt hier als Regelleistung (§ 179 RVO.) in Frage und die Krankenkassen müssen diese einschließlich von Hebammendiensten nach § 122 gewähren. Krankheit ist jede vom regelmäßigen Verlauf abweichende Störung des Gesundheitszustandes, des Geburtsverlaufes, des Wochenbettes usw. So auch hier im Falle der P., wo sich ein operativer Eingriff nötig machte. Nach den Bekundungen Dr. H.'s und der Hebamme R. lag ein anormaler Zustand vor, der einen ärztlichen Eingriff unbedingt erforderte. Der anormale Verlauf der Entbindung war sonach als Krankheit anzusehen (zu vgl. Düttmann, Anm. 3 zu § 198, Hahn, Anm. 1c zu § 182 Hoffmann, Anm. 2b zu § 165 Dannenberg-Haenel-Stempel, Anm. 3 zu § 165 RVO.) und die Krankenkasse zur Uebernahme der durch die ärztliche Kunsthilfe entstandenen Kosten im Betrage von 37,50 M. verpflichtet. Die Allgemeine Ortskrankenkasse zu T. war demgemäß unter Aufhebung der Vorentscheidung des Versicherungsamtes vom 24. Februar 1916 zu verurteilen Die von dem Versicherungsamte angezogene Grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamtes spricht von der ärztlichen Geburtshilfe im Sinne von § 198 RVO. nur im allgemeinen und inwieweit deren Einführung satzungsgemäß zulässig ist.

„Ueberwiegende" Bestreitung des Unterhalts im Sinne des § 186 RVO.

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt München vom 29. März (6435 K).

Die Entscheidung hängt davon ab, ob der Kläger den Unterhalt seiner Ehefrau, für die er Hausgeld beansprucht, in der Zeit unmittelbar vor seiner Erkrankung überwiegend von seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, § 186 RVO. „Ueberwiegend" bedeutet begrifflich, daß der Erkrankte mehr als die Hälfte der Kosten des Lebensunterhalts getragen hat. Diese Auffassung ist auch in der von der beklagten Kasse angeführten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes Amtl. Nachr. 1915 S. 386 vertreten. Die Entscheidung ist zwar zu § 1271 RVO., der das Hausgeld der Invalidenversicherung betrifft, ergangen, gilt aber, wie sie selbst ausspricht, auch für die anderen Versicherungszweige. Aus einer Bestätigung der Firma St. & M. ergibt sich, daß die Frau des Klägers seit 16. August 1915 bei ihr gegen Stücklohn beschäftigt war und daß sie in der Zeit bis 30. Oktober insgesamt 117,40 Mark, also wöchentlich im Durchschnitt 10,67 Mark verdiente, während ihr Mann in dem seiner Erkrankung unmittelbar vorhergehenden Arbeitsverhältnis einen Wochenlohn von 28,70 Mark hatte. Zu prüfen ist, ob der Kläger mit diesem Arbeitsverdienst den Unterhalt seiner Frau überwiegend bestritt. Zu diesem Zweck war der Unterhaltsbedarf der Frau zu ermitteln. Ziffernmäßig war dies nicht möglich. Äußerstenfalls hielt der Unterhaltsbedarf der Frau dem des Mannes die Wage. Daß die Frau für ihren Unterhalt mehr aufwendet als der Mann, ist in einem Arbeiterhaushalt, wie die Erfahrung zeigt, in der Regel nicht der Fall. Auch vorliegendenfalls haben sich keine Anhaltspunkte ergeben. Die Kosten des gemeinschaftlichen Haushalts wurden aus dem gemeinsamen Arbeitsverdienst bestritten, ohne daß der eine oder andere Teil besondere Aufwendungen für sich gemacht hätte. Bei dieser Sachlage wird auf die Frau bestenfalls die Hälfte des gemeinsamen Arbeitsverdienstes vom Verbrauch getroffen haben, also $\frac{10,67 + 28,70}{2} = 19,69$ Mark für die Woche. Da sie 10,67 Mark wöchentlich, also mehr als die Hälfte dieses Betrages selbst verdiente, war sie nach den dargelegten Grundsätzen von ihrem Mann nicht überwiegend unterhalten worden. Sie war allerdings während der letzten Tage vor der Erkrankung ihres Mannes vom 30. Oktober bis 4. November nicht in Arbeit, weil sie sich selbst krank fühlte, war also während dieser kurzen Zeit ohne eigenen Verdienst. Diese Frist ist jedoch von zu kurzer Dauer, um bei der Beurteilung der Frage, ob die Frau in der Zeit vor der Erkrankung ihren Unterhalt überwiegend vom Mann erhielt, noch ins Gewicht zu fallen. (Vgl. Reger IV. Ergänzungsband, S. 261.) Der Anspruch auf Hausgeld war deshalb unbegründet.

Kein Hausgeld nach § 186 RVO., wenn der Unterhalt Angehöriger aus zurückgelegtem früheren Arbeitsverdienst bestritten ist.

Entsch. des sächs. Landesversicherungsamts vom 1. Juli 1916.

Der Maurer H. war Pflichtmitglied der Allg. Ortskrankenkasse, wurde am 23. Januar arbeitslos und setzte von da ab die Mitgliedschaft freiwillig fort. Am 17. Februar wurde er krank

und deshalb von der Kasse ins Krankenhaus eingewiesen. Seinen Anspruch auf Hausgeld lehnte die Kasse ab, weil die Voraussetzung, daß H. Angehörige bisher aus seinem „Arbeitsverdienst“, den er doch zuletzt garnicht gehabt, nicht erfüllt sei. H. machte demgegenüber geltend, daß er die Mittel zum Unterhalt seiner Familie während seines Krankenhausaufenthalts aus zurückgelegtem Arbeitsverdienst und aus Unterstützungen des Bauarbeiterverbandes entnommen habe. Das Versicherungsamt wies die Klage ab; das Oberversicherungsamt hob diese Entscheidung auf und verurteilte die Kasse durch die hier in Heft 9 S. 201 abgedruckte Entscheidung. Diese wurde jedoch auf Revison der Kasse vom Landesversicherungsamt aufgehoben und das Urteil des Versicherungsamts wiederhergestellt. In den Gründen folgt das Landesversicherungsamt in der Auslegung des § 186 RVO. in verschiedenen Punkten der herrschenden Rechtsprechung und Rechtslehre und führt schließlich folgendes aus:

.... Als „Arbeitsverdienst“ ist begrifflich der durch Arbeit verdiente Lohn zu verstehen. Nur „sein“ Arbeitsverdienst, d. h. der Lohn des Versicherten, der durch die von ihm geleistete Arbeit verdient und zum Unterhalt der Angehörigen verwendet wurde und nun wegen der Erkrankung und Krankenhausaufnahme wegfällt, kommt in Betracht. Sowenig es also das Verlangen nach Hausgeld gerechtfertigt erscheinen lassen würde, wenn jemand durch seiner Hände Arbeit zwar eine andere Arbeitskraft erspart, aber dafür keinen Arbeitslohn erhält, ebensowenig genügt es, daß jemand die Angehörigen unmittelbar vor seiner Erkrankung aus Rücklagen von früherem Arbeitsverdienste oder sonst aus Ersparnissen unterhalten hat. Denn solche Ersparnisse fallen ebensowenig unter den Begriff „Arbeitsverdienst“ wie Renten, Pensionen, Unterstützungen oder sonstiges Vermögen. Das Gesetz fordert ausdrücklich, daß der Arbeitsverdienst ganz oder überwiegend für den Unterhalt der Angehörigen verwendet wird, und sieht es nicht für genügend an, wenn das verdiente Geld zu anderen Zwecken verbraucht oder als Sparpfennig angelegt wird. Wer zuletzt Arbeit überhaupt nicht leistet oder nicht dadurch ganz oder überwiegend zum Unterhalt seiner Angehörigen beigetragen hat, kann auch nicht wegen des Wegfalls des Arbeitsverdienstes einen Anspruch auf Hausgeld herleiten. Auch aus dem Zwecke des Hausgeldes und der Bedeutung des Wortes „bisher“ folgt, daß nur der gerade der letzten Erkrankung und Krankenhauseinweisung unmittelbar vorhergehende und nicht ein anderer, zurückliegender Zeitraum als maßgebend zugrunde gelegt werden kann. Der Umstand, daß der Versicherte früher Arbeitsverdienst gehabt, zuletzt aber aus dem hieraus oder aus sonstigen Quellen ersparten Gelde die Angehörigen unterhalten hat, läßt den Versicherten zuletzt nicht mehr als Ernährer im Sinne des § 186 RVO. erscheinen, denn an der wirtschaftlichen Lage der Angehörigen eines Versicherten, der unmittelbar vor der Erkrankung keinen Arbeitsverdienst gehabt hat, wird dadurch, daß er auf Kosten der Krankenkasse in ein Krankenhaus aufgenommen wird, nichts geändert; im Gegenteil erleiden die Angehörigen nicht nur keine Einbuße, sondern erreichen vielmehr, daß die Familie der Sorge für seine Unterhaltung enthoben wird. Es ist daher nicht richtig, wenn in der Kommissionsberatung (Bericht II S. 70) zur Begründung eines übrigens abgelehnten Antrages auf Erhöhung des Hausgeldes gesagt wurde, daß, wenn ein verheirateter Versicherter ins Krankenhaus aufgenommen wurde, seine Familie stets in Not gerate. Dagegen ist andererseits sehr wohl folgerichtig, die Begründung des Entwurfs zu § 201 (= § 186 RVO.), daß der Wortlaut „ganz oder überwiegend“ klarstellen solle, daß die Gewährung des Hausgeldes nicht von der ausschließlichen Unterhaltung aus Arbeitsverdienst abhängig sei, dahin auszudehnen, daß das Hausgeld ebensowenig dann zu geben sei, wenn das Kassenmitglied den Unterhalt überhaupt nicht oder nicht mehr aus Arbeitsverdienst bestritten hat. Auch der Rentenausschuß der Angestelltenversicherung hat neuerdings in einem Bescheide (abgedruckt in Angestelltenversicherung 1916 S. 59, Arb.Vers. 1916 S. 321) zu dem entsprechenden § 38 AVG. ausgesprochen, daß Voraussetzung für die Gewährung des Hausgeldes sei, daß der Kranke Angehörige ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienste unterhalten habe und Aufwendungen aus Ersparnissen keinen Anspruch begründen. Das Landesversicherungsamt möchte nur insoweit die Möglichkeit anerkennen, daß unter Umständen ein gewisser kurzer Zeitraum zwischen dem Aufhören der Beschäftigung und dem Eintritt der Erkrankung dem Verlangen nach Hausgeld nicht entgegensteht, als dann, wenn der Erkrankte am Tage der Arbeitsniederlegung noch rückständigen Lohn zu fordern hat und ausgezahlt bekommt, daraus noch eine Zeit lang der Unterhalt der Familie ganz oder überwiegend weiter bestritten werden und folgerichtig trotz Nichtleistung von Arbeit noch von Arbeitsverdienst im Sinne von § 186 RVO. gesprochen werden kann. So aber liegt hier der Fall nicht. Denn zwischen dem Eintritt der Erkrankung H's. haben 3½ Wochen gelegen und in dieser Zeit sind die Mittel zum Unterhalte nach der eigenen Angabe des Vertreters H's. aus „zurückgelegten“ Arbeitsverdienst und Unterstützung vom Bauarbeiterverbande genommen worden, auch hat die Krankenkasse dazu mit Recht darauf hingewiesen, daß im Dezember und Januar Maurer besonders geringen Verdienst haben. Die Ausführung des Oberversicherungsamts in der Begründung seiner angefochtenen Entscheidung, daß „angenommen werden muß, daß H. bei Anwen-

dung äußerster Sparsamkeit in der Lage gewesen ist, aus seinem letzten Arbeitslohne den Unterhalt von sich und seiner Familie zu bestreiten", entspricht also nicht den tatsächlichen Verhältnissen und der weitere Standpunkt, daß auch „wenn wirklich diese letzte Einnahme dazu nicht gelangt hätte, H. seine Ersparnisse aushilfsweise dazu verwendet hat, die zweifellos auch aus dem Arbeitsverdienste herrühren, ist rechtlich nicht gerechtfertigt.

Wenn in der Revision auch darauf hingewiesen wird, daß es unsozial wäre, „einen Versicherten, der als Arbeitsloser unter ganz besonderen Opfern seine freiwillige Mitgliedschaft aufrecht hält, im Erkrankungsfall materiell schlechter zu stellen als den Pflichtversicherten, der bis zu seiner Erkrankung infolge seines Lohneinkommens wesentlich günstiger dastand" und daraus gefolgert wird, „daß dies kaum der Wille des Gesetzgebers gewesen sein könnte," so wird dieser Ansicht beigepflichtet. Es verhält sich aber in Wirklichkeit gar nicht so, denn dem aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschiedenen Kassenmitgliede, das nach § 313 RVO. die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzt, kommen rechtlich die gleichen Kassenleistungen wie dem Pflichtmitgliede zu und insbesondere weist § 215 Abs. 1 und 2 RVO., wonach für freiwillig beitretende Kassenmitglieder die Regelleistungen durch die Satzung auf Krankenhauspflege ohne Hausgeld beschränkt werden kann, darauf hin, daß freiwillig weiterversicherten Mitgliedern das Hausgeld durch die Satzung nicht beschnitten werden darf. Es wird deshalb auch solchen freiwilligen Mitgliedern, die wegen Arbeitslosigkeit ausscheiden, dann, wenn die Verhältnisse so liegen, wie oben zuletzt erwähnt wurde, daß sie auch über die eigentliche Beschäftigungszeit hinaus noch als Ernährer zu betrachten sind, das Hausgeld gewährt werden müssen, und ebenso wird in vielen anderen Fällen der freiwilligen Fortsetzung der Kassenmitgliedschaft z. B. im Falle des Aufhörens der Pflichtmitgliedschaft wegen Selbständigmachung oder wegen Ueberschreitung der Lohngrenze von 2500 M der § 186 RVO. auf die freiwilligen Mitglieder genau ebenso wirken, wie auf Pflichtmitglieder.

Inwieweit kann die Satzung die Erhöhung des Hausgeldes von einer Wartezeit oder anderen Bedingungen abhängig machen?

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 22. Jan. 1916 (2196 Amtl. Nachr. 1916 S. 486).

Dem Oberversicherungsamt ist darin beizutreten, daß die im § 13 der Kassensatzung aufgestellten Voraussetzungen für den Bezug des erhöhten Hausgeldes der gesetzlichen Unterlage entbehren. Die Kasse war zwar nach § 208 Satz 1 RVO. berechtigt, für den Bezug des erhöhten Hausgeldes als einer nach § 194 Nr. 1 zulässigen Mehrleistung eine Wartezeit von einem halben Jahre zu bestimmen. Die Festsetzung einer „ununterbrochenen" Wartezeit verstößt aber gegen § 209. Denn dort ist ausdrücklich vorgeschrieben, daß die Wartezeit durch Ausscheiden aus der Mitgliedschaft auf die dort bezeichnete Dauer unterbrochen werden kann. Aber auch die Satzungsbestimmung, daß unter die Wartezeit im Sinne des § 13 der Kassensatzung nur die durch Beitragszahlungen gedeckten Zeiten fallen sollen, entspricht nicht dem Gesetze. „Wartezeit" bedeutet nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauche nur, daß ein Versicherter auf die Gewährung der Leistungen eine bestimmte Zeit hindurch warten muß; es wird also die Leistungspflicht der Kasse von einer bestimmten Versicherungsdauer abhängig gemacht. Darüber, wie diese Versicherungsdauer beschaffen sein muß, um als Wartezeit im Sinne der Krankenversicherung zu gelten, schreibt das Gesetz nichts vor. Insbesondere wird nirgends gesagt, daß darunter nur durch Beitragsleistungen gedeckte Zeiten fallen sollen. Tatsächlich wird in der Mehrzahl der Fälle während der Wartezeit auch die Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge bestanden haben, so daß die Festsetzung der Wartezeit in der Regel auch dem Zwecke genügen wird, die Kassen gegen mißbräuchliche Ausnutzung durch Kassenmitglieder zu schützen, die vor Beanspruchung der Mehrleistungen nur kurze Zeit Beiträge geleistet haben. Rein begrifflich setzt aber eine Wartezeit nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauche, von dem bei Auslegung des Begriffs mangels anderer Unterlagen auszugehen ist, Beitragsleistung nicht voraus. Dieser Begriff hat also auf dem Gebiete der Krankenversicherung eine andere, weitere Bedeutung als nach dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung. Auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zählt als Wartezeit allerdings nur der durch Beitragsleistungen (§ 1278) oder durch die Ersatztatsachen (§ 1281) gedeckte Zeitraum. Hier bildet auch die Zurücklegung der Wartezeit die notwendige Voraussetzung für jeden Versicherungsanspruch (§ 1251), während auf dem Gebiete der Krankenversicherung der Versicherungsanspruch grundsätzlich, auch hinsichtlich der Mehrleistungen, von der Zurücklegung einer Wartezeit unabhängig ist, soweit nicht die Satzung eine solche in zulässiger Weise bestimmt hat (§§ 206, 207, 208, 451, 487; Hahn, Handb. d. Kr.-Vers. Anm. 1 zu § 206).

Fallen hiernach unter den Begriff der Wartezeit nach der Krankenversicherung auch die nicht durch Beitragszahlungen gedeckten Zeiten, insbesondere diejenigen, für die nach § 383 keine

Beiträge zu entrichten sind, so ist weiter zu prüfen, ob es zulässig ist, diesen Begriff durch Satzungsbestimmungen einzuengen und auf Zeiten der Beitragsleistung zu beschränken. Dies ist zu verneinen, auch wenn man grundsätzlich der Ansicht beitritt, es sei zulässig, den Anspruch auf die Mehrleistungen von allgemein gültigen, alle Mitglieder gleichmäßig treffenden, vom Willen des Kassenvorstandes unabhängigen Bedingungen oder Einschränkungen abhängig zu machen (zu vgl. Hahn, Handb. d. Kr.Vers. Anm. 3a zu § 179). Denn keinesfalls sind derartige Beschränkungen dann zulässig, wenn sie gegen gesetzliche Vorschriften verstoßen. Ein solcher Verstoß liegt vor, wenn die Gewährung der Mehrleistungen in dem mehrerwähnten Sinne eingeschränkt wird. Es ergibt sich dies aus der Rechtsnatur der Vorschriften der §§ 207 und 208, auf Grund deren die Kassen zum Erlasse von Satzungsbestimmungen über die Festsetzung von Wartezeiten für die dort bezeichneten Kassenleistungen ermächtigt sind. Diese Vorschriften haben, da der Anspruch auf die Kassenleistungen, wie schon bemerkt wurde, grundsätzlich mit der Mitgliedschaft bei der Kasse entsteht, den Charakter von Ausnahmevorschriften. Als solche sind sie eng auszulegen. Daraus folgt, daß die Kassen Wartezeiten nicht in weiterem Umfang oder in einem anderen Sinne einführen können, als es das Gesetz selbst vorgeschrieben hat. Demnach sind die Kassen, da nach den obigen Ausführungen unter die Wartezeit der Krankenversicherung auch die nicht durch Beitragsleistungen gedeckten Zeiten fallen, nicht ermächtigt, diese Zeiten von der Wartezeit auszuschließen.

Der gültige Teil dieser Satzungsbestimmung kann nun nicht ohne weiteres von dem ungültigen Teile getrennt und § 13 der Kassensatzung so ausgelegt werden, als habe die Kasse die Mehrleistungen an Hausgeld im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften allgemein zu gewähren. Dies könnte nur dann angenommen werden, wenn eine dahingehende Absicht bei Erlaß der Satzungsbestimmung vorgelegen hätte. Für diese Annahme fehlt es an einer Unterlage. Es ist im Gegenteile wahrscheinlich, daß der Wille derjenigen Organe, die die Satzung errichtet haben, ein anderer gewesen ist. Sie haben die Gewährung des erhöhten Hausgeldes wohl gerade deshalb an einschränkende Beschränkungen geknüpft, weil sie ohne diese Bedingungen eine zu weitgehende Mehrleistung der Kasse befürchtet haben. Bei Auslegung des § 13 der Kassensatzung kann also nicht davon ausgegangen werden, die Kasse habe die Mehrleistung, so wie sie nach dem Gesetze gewährt werden kann, gewähren wollen. Da anderseits die Kasse zur Leistung eines erhöhten Hausgeldes nach dem Gesetze nicht verpflichtet und § 13 der Satzung in der vorliegenden Fassung ungültig ist, kann ein Rechtsanspruch auf diese Mehrleistung weder aus dem Gesetze noch aus der Satzung hergeleitet werden.

Ist bei der Kriegswochenhilfe der vor dem Kriege geleistete Heeresdienst im Sinne des § 1 Ziff. 2, Bek. v. 3. 12. 14 mit zu berücksichtigen?

Entsch. des Versicherungsamts für die Stadt Pirna vom 31. Mai 1916.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um einen Streit zwischen einer Wöchnerin und einer Krankenkasse über Leistungen auf Grund der Bekanntmachung des Bundesrats über Wochenhilfe während des Krieges. Zur Entscheidung einer solchen Streitigkeit ist das Versicherungsamt (Spruchausschuß) zuständig, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit des Antrags wohnt (zu vgl. § 7 der Bek., §§ 1636, 1637 RVO.).

Voraussetzung für die Gewährung von Wochenhilfe an Wöchnerinnen, die nicht Mitglied einer Krankenkasse sind, ist, daß der Ehemann der Wöchnerin im jetzigen Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leistet und vor Eintritt in diese Dienste auf Grund der Reichsversicherungsordnung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen gegen Krankheit versichert war. § 1 der Bek.

Wie keiner weiteren Darlegung bedarf, ist H. nicht unmittelbar vor seinem Eintritt in die Kriegsdienste sechs Wochen gegen Krankheit versichert gewesen. Die Antragstellerin hat dies auch nicht behauptet. Aber auch die Ansicht der Antragstellerin, daß sie die Zeit, in der H. vor seinem Eintritt in die Heeresdienste im Jahre 1900 bei der Tischlerinnungskasse versichert gewesen ist, den vier Wochen hinzuzählen dürfe, in denen er vor seinem Eintritt in die Kriegsdienste bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse versichert gewesen ist, ist nicht richtig. Denn es handelt sich hier nicht um eine kurze Unterbrechung des Versicherungsverhältnisses. Das Beschäftigungsverhältnis H's. hat im Jahre 1900 sein Ende gefunden und kann nach 14 Jahren nicht wieder aufleben.

Es ist aber weiter zu prüfen, ob nicht die Voraussetzung des § 1 Ziff. 2 dadurch erfüllt ist, daß H. vor Eintritt in die Militärdienste im Jahre 1900 sowohl in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen als auch unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen gegen Krankheit versichert gewesen ist. Die Entscheidung dieser Frage hängt davon ab, ob man die Worte „in diese Dienste" in Nr. 2 auf die Worte in Nr. 1 „in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste" zurückbezieht oder ob man die Beziehung auf die Worte „Kriegs-,

Sanitäts- oder ähnliche Dienste" beschränkt. In einem Bescheide des Reichskanzlers vom 9. März 1915 ist die zweite mildere Auslegung für möglich erachtet (zu vgl. Arb. Vers. Heft 14 S. 326). Der Fall, der dort zur Beurteilung stand, liegt allerdings insofern anders, als es sich dort nur um Ableistung der gewöhnlichen aktiven Dienstzeit und nicht wie hier um einen Kapitulanten handelt, und als sich dort die Kriegszeit unmittelbar an die Friedensdienste anschloß. Pflichtet man jedoch der dort als zulässig bezeichneten Ansicht bei, nach der die Voraussetzung des § 1 Nr. 2 erfüllt ist, wenn der Ehemann der Wöchnerin dem Reiche Kriegsdienste leistet und vor dem Kriege ähnliche militärische Dienste geleistet hat, so müßte man folgerichtig auch den Anspruch anerkennen. Denn H. leistet zur Zeit Kriegsdienste und hat in Friedenszeiten dem Reiche ähnliche militärische Dienste geleistet.

Das Versicherungsamt ist jedoch einstimmig der Ansicht, daß die Worte: „in diesem Kriege" nicht von den Worten „dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste" getrennt werden können, und daß sprachlich die Worte: „in diese Dienste" auch auf die Worte: „in diesem Kriege" bezogen werden müssen. Das Versicherungsamt ist weiter der Meinung, daß unter den Worten: „ähnlichen Diensten" nicht militärische Dienstleistungen im Frieden verstanden werden können. Denn auch die Worte „oder ähnliche Dienste" können sprachlich nicht von den Worten „in diesem Kriege" getrennt werden.

Sonach ist die Voraussetzung von § 1 Ziff. 2 nicht erfüllt, und der Anspruch abzuweisen gewesen. Durch diesen Bescheid wird auch die H. in keiner Weise beschwert, da ihr, falls sie minderbemittelt ist, Anspruch auf Wochenhilfe auf Grund der Bekanntmachung, betreffend Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges, vom 23. April 1915 zusteht.

Zum Schlusse wird noch darauf hingewiesen, daß der oben angeführte Bescheid des Reichskanzlers am 9. März 1915, also vor Erlaß der Bekanntmachung vom 23. April 1915, ergangen ist, und in dem Bescheide ausdrücklich hervorgehoben ist, daß man die milde Auslegung deshalb nicht für ausgeschlossen halte, weil der ganzen Einrichtung der Kriegswochenhilfe eine wohlwollende Absicht zu Grunde liege. Da seit Erlaß des Bescheids die Kriegswochenhilfe weiter ausgebaut ist, und nun auch für solche Wöchnerinnen gesorgt ist, wie sie in der Eingabe aufgeführt sind, so besteht keine Veranlassung, dem Wortlaute des Gesetzes Gewalt anzutun, und in das Gesetz einen Sinn hineinzulegen, der mit dem Wortlaute des Gesetzes nicht vereinbar ist.

C. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts über Leistungen der Krankenkasse während der Wartezeit bei Unfallerkrankungen Verletzter,

die der Gewerbe- und See-Unfallversicherung unterstehen, letztere, soweit sie nicht zur Zweiganstalt (§ 1120 der Reichsversicherungsordnung) gehören, und über die Ersatzansprüche der Krankenkassen. Vom 28. Juli 1916.

Das Reichsversicherungsamt bestimmt auf Grund der §§ 578, 1083 der Reichsversicherungsordnung zur Ausführung der §§ 573 bis 576 der Reichsversicherungsordnung[1]), was folgt:

§ 1. Vom Beginne der fünften Woche nach dem Unfall bis zum Ablauf der dreizehnten wird das Krankengeld auf $^2/_3$, das Hausgeld auf $^1/_3$ des Grundlohns erhöht, der für den Verletzten bei seiner Krankenkasse maßgebend ist. Das Krankengeld oder Hausgeld wird nicht erhöht, wenn es diesen Betrag auch sonst erreicht.

Das nach § 194 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung auf Grund der Satzung zu zahlende Krankengeld (Taschengeld) wird um den gleichen Bruchteil seines Betrags erhöht, um den das gewöhnliche Krankengeld zu erhöhen wäre, bis zum Höchstbetrage von $^1/_3$ des Grundlohns.[2]).

§ 2. Der Beginn der fünften Woche ist von dem Unfall an zu rechnen, auch wenn das Krankengeld oder Hausgeld erst von einem späteren Tage

[1]) Der Erlaß besonderer Ausführungsbestimmungen für die Ausnahmefälle, in denen der Verletzte nicht auf Grund der Reichsversicherungsordnung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert ist (§ 577 der Reichsversicherungsordnung), bleibt im Bedürfnisfalle vorbehalten.

[2]) Zu § 1 Abs. 2 zu vgl. die Entscheidung 1957 (Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 354). Beispiele: I. Krankengeld 3 ℳ (in Höhe des halben Grundlohns von 6 ℳ); Unfallkrankengeld = 4 ℳ ($^2/_3$ des Grundlohns von 6 ℳ); ersteres also um $^1/_3$ seines Betrags erhöht; Taschengeld durch die Satzung auf $^1/_{20}$ des Grundlohns bestimmt = 0,30 ℳ, zu erhöhen bei Unfallerkrankungen ebenfalls um $^1/_3$ seines Betrags, d. h. um 0,10 ℳ; Unfalltaschengeld dann also = 0,40 ℳ. — II. Grundlohn 4,50 ℳ; satzungsmäßiges Krankengeld $^3/_5$ des Grundlohns (§ 191 der Reichsversicherungsordnung) = 2,70 ℳ; Unfallkrankengeld ($^2/_3$ von 4,50 ℳ) = 3 ℳ; ersteres also um $^1/_9$ seines Betrags (um 0,30 ℳ) erhöht; Taschengeld durch die Satzung auf $^1/_{10}$ des Krankengeldes bestimmt = 0,27 ℳ; zu erhöhen bei Unfällen ebenfalls um $^1/_9$ seines Betrags, d. h. um 0,03 ℳ; Unfalltaschengeld dann also = 0,30 ℳ.

an zu zahlen ist. Der Tag des Unfalls ist bei der Berechnung nicht mitzuzählen.

§ 3. Als gegen Krankheit versichert gelten auch die versicherungsberechtigten Mitglieder der Krankenkassen und knappschaftlichen Krankenkassen.

§ 4. Hat der gegen Krankheit versicherte Verletzte keinen Anspruch auf Krankenhilfe oder keinen Anspruch auf Krankenhilfe in Höhe der Regelleistungen nach § 179 der Reichsversicherungsordnung, so sind ihm diese Regelleistungen an Krankenhilfe zu gewähren, wobei das Krankengeld und das Hausgeld vom Beginne der fünften Woche nach dem Unfall nach § 1 Abs. 1 festzusetzen sind[3]).

§ 5. Das Krankengeld darf nur dann versagt werden, wenn der Verletzte sich den Unfall beim Begehen eines Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens zugezogen hat; dabei gilt die Verletzung bergpolizeilicher Verordnungen sowie des § 93 Abs. 2, 3, der §§ 95 bis 97 der Seemannsordnung nicht als Vergehen im Sinne dieser Bestimmung.

§ 6. Erhält ein Verletzter gleichzeitig Krankengeld aus einer anderen Versicherung, so hat die Krankenkasse ihre Leistung so weit zu kürzen, daß das gesamte Krankengeld des Mitglieds den Durchschnittsbetrag seines täglichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigt, es sei denn, daß die Satzung die Kürzung nach § 189 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung ganz oder teilweise ausgeschlossen hat.

Die Kürzung des Krankengeldes setzt nicht voraus, daß der Verletzte einen Rechtsanspruch auf das Krankengeld aus der anderen Versicherung hat.

§ 7. Der Mehrbetrag an Krankengeld oder Hausgeld wird für jeden Tag gewährt, für den Krankengeld oder Hausgeld nach Gesetz oder Satzung zu zahlen ist.

§ 8. Für die Auszahlung des Mehrbetrags an Kranken- oder Hausgeld gilt das gleiche wie für die Auszahlung des Kranken- oder Hausgeldes selbst.

§ 9. Bestehen Zweifel, ob die Erkrankung die Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist, so hat der Vorstand der Krankenkasse den Fall aufzuklären. Insbesondere soll dem Unternehmer desjenigen Betriebs, in dem sich der Unfall ereignet haben soll, von dem Anspruch Mitteilung gemacht und dessen Erklärung eingeholt werden. Können hierdurch die Bedenken nicht beseitigt werden, so hat der Vorstand auch die Organe der beteiligten Berufsgenossenschaften, das Versicherungsamt und die Ortspolizeibehörde um eine Aeußerung zu ersuchen und nach dem Ergebnis, vorbehaltlich der Entscheidung der zuständigen Behörden (§§ 1551, 1636, 1637 bis 1639, 1675, 1676, 1694 und 1695 der Reichsversicherungsordnung), über den Anspruch nach pflichtmäßigem Ermessen zu beschließen.

§ 10. Der Ersatzanspruch der Kassen (§§ 576, 1083 der Reichsversicherungsordnung, zu vgl. auch die §§ 1 und 4 dieser Bekanntmachung) ist tunlichst bald nach der Wiederherstellung des Verletzten oder nach seinem Tode oder nach Ablauf der dreizehnten Woche nach Eintritt des Unfalls,

wenn dem Verletzten über die dreizehnte Woche hinaus eine Entschädigung zu leisten ist, bei der Genossenschaft,

andernfalls bei dem Unternehmer (§ 633 der Reichsversicherungsordnung)

anzumelden[4]).

§ 11. Bei der Anmeldung des Ersatzanspruchs ist der nachstehende Vordruck zu verwenden, abgesehen von den Fällen des § 576 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung (§ 4 dieser Bekanntmachung)[5]).

Anmerkung der Schriftleitung: Von der Veröffentlichung des Vordrucks sehen wir wegen Raummangels ab. — Vordrucke sind zu beziehen vom Formular-Verlag G. m. b. H., Berlin SW., Beuthstraße 6.

§ 12. Krankenkassen oder knappschaftliche Krankenkassen und Genossenschaften können von den Bestimmungen der §§ 9 bis 11 dieser Bekanntmachung abweichende Vereinbarungen treffen.

Unfall auf der Fahrt zur Arbeit ist nicht schon deshalb Betriebsunfall, weil der Unternehmer die Kosten der Fahrt trägt.

Entsch. des Knappschafts-Oberversicherungsamts in Dortmund vom 3. März 1916.

Die Verwaltung der Zeche Auguste Viktoria läßt ihre auswärts wohnenden Arbeiter mit der elektrischen Straßenbahn von dem Bahnhof Sinsen abholen und zurückbringen. Gelegentlich einer solchen Fahrt erlitt ein in dem Betriebe beschäftigter Arbeiter einen Unfall, daß er mit dem linken Fuß unter die Straßenbahn geriet. Der Anspruch auf Unfallentschädigung wurde vom Sektionsvorstand abgelehnt weil der Unfall mit dem Zechenbetriebe nicht im Zusammenhang stehe. Die Berufung gegen diesen Bescheid wurde vom Versicherungsamt rechtskräftig abgewiesen mit folgender Begründung:

---

[3]) Zum ersten Satzteil zu vgl. z. B. die §§ 207, 451 der Reichsversicherungsordnung, zu vgl. auch die Revisionsentscheidung 2088 (Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 669).

[4]) Bestimmt die Satzung der Genossenschaft, daß diese den Mehrbetrag in allen Fällen zu ersetzen hat (§ 576 Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung), so ist der Ersatzanspruch natürlich stets bei der Genossenschaft anzumelden.

[5]) Von der Aufnahme der Ausnahmefälle des § 576 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in den Anmeldevordruck ist zur Vereinfachung des Vordrucks abgesehen worden.

Das RVA. hat bereits in einer Entscheidung vom 28. Januar 1905 (zu vgl. Kompaß 1905, Seite 140) in einem gleichliegenden Verletzungsfall, wie der vorliegende, anerkannt, daß ein Betriebsunfall nicht anzunehmen ist. Dort hat sich der Unfall auf dem Rückwege nach beendeter Schicht, im vorliegenden Falle dagegen beim Antritt des Weges zur Zeche dadurch ereignet, daß die Betreffenden unter die Straßenbahn gerieten, die sie auf dem Heimwege, bzw. um zu der Zeche zu gelangen, benutzen wollten. In dem einen wie in dem andern Falle hat die Zechenverwaltung die Kosten für die Benutzung der Straßenbahn getragen. Darin ist, wie das RVA. anerkannt hat, lediglich ein Entgegenkommen der Zechenverwaltung, nicht aber ein Teil des Arbeitslohnes zu erblicken, weshalb für den Hin- und Rückweg zur Zeche unter Benutzung der Straßenbahn die eigenwirtschaftliche Tätigkeit des Versicherten, im Gegensatz zu der Betriebstätigkeit in den Vordergrund gestellt werden muß.

Die Straßenbahn von Sinsen nach Zeche Auguste Viktoria ist keine Betriebseinrichtung der Zeche, und der Unfall des D. kann deshalb nicht anders beurteilt werden, als wenn er die Fahrkosten für die Benutzung der Straßenbahn aus eigenen Mitteln bezahlt hätte. Er war, als er bei Beginn der Reise unter die Straßenbahn geriet und verletzt wurde, noch nicht in den Betrieb der Zeche eingetreten und hat daher keinen Betriebsunfall im Zechenbetriebe erlitten, zumal es der ständigen Rechtsprechung entspricht, daß die Wege von der außerhalb der Betriebsstätte liegenden Wohnung zur Zeche und von dort zur Wohnung nicht der Betriebstätigkeit zugerechnet werden können. (Zu vgl. Handb. der Unfallvers. Anm. 51 zu § 1 GUVG. S. 109). Daß in der von der Zechenverwaltung erfolgten Uebernahme der Kosten für die Benutzung der Straßenbahn seitens der in Betracht kommenden Arbeiter nicht die Zahlung eines Teiles des Arbeitslohnes zu erblicken ist, ergibt sich auch aus einer Auskunft des Allgemeinen Knappschaftsvereins vom 8. März 1916 und aus einem Rundschreiben der Sektion II Knappschafts-Berufsgenossenschaft in Bochum vom 20. Dezember 1913, nach welchen der Ersatz von Fahrkosten zur Arbeitsstelle und zurück, wie er von einzelnen Zechen den Beamten und Arbeitern gewährt wird, nicht zur Umlage mit nachzuweisen ist.

(Kompaß)

Sprechsaal.

Angestelltenversicherung und Invalidenversicherung.

Die Frage, ob eigene Angestelltenversicherung oder Ausbau der Invalidenversicherung, lebt wieder auf. In dem hier im Heft 22 S. 522 behandelten Aufsatz weist Prof. Dr. Manes auf die hohen Verwaltungskosten der Angestelltenversicherung mit 3 Millionen hin, wogegen nur etwa 135 000 Angestellte mit einem Jahreseinkommen von 3000—5000 ℳ in der Angestelltenversicherung versichert sind. Weiter weist er auf das in Berlin geplante Verwaltungsgebäude für die Reichsversicherungsanstalt mit einem Kostenaufwand von 10 Millionen Mark hin. Demgegenüber sagt „Der Versicherungsbote", daß die Verwaltungskosten der Angestelltenversicherung 1915 einschließlich der Rücklagen für Verwaltungszwecke bereits 5¼ Millionen betragen haben.

Demgemäß sind, im Verhältnis zu den Leistungen, die Beiträge zu hoch. Eine Erhöhung der Leistungen aber ist nicht zu erhoffen. Denn die Verwaltungskosten werden noch bedeutend steigen, wenn erst Ansprüche aus der Versicherung voll wirksam werden. Bisher konnten nur geringe Ansprüche auf Leistungen, die eigentlich nur ein kurzes Verfahren verursachten, erhoben werden. Wenn aber die von der Angestelltenversicherung beim Inkrafttreten des Gesetzes erfaßten Versicherten einmal die Wartezeit erfüllt haben, werden ganz andere, umfangreichere Verfahren notwendig sein, um die Ansprüche vorbescheiden zu können. Dies wird erst mit dem Jahre 1921 eintreten, da verschwindend wenige von der Gelegenheit, durch Einzahlung der Prämienreserve die Wartezeit abzukürzen, Gebrauch gemacht haben. Von diesem Zeitpunkte ab werden die Rentenausschüsse, Schiedsgerichte und das Oberschiedsgericht neue Verwaltungskosten, und wahrscheinlich nicht geringe, verursachen.

Diese großen Verwaltungsausgaben sind für verhältnismäßig wenige Versicherte (an der Zahl der in der Invalidenversicherung Versicherten gemessen) aufzubringen. Es dreht sich aber bei den Angestellten noch um die weitere Frage: Worin bestehen die Vorteile der Angestelltenversicherung gegenüber der Invalidenversicherung? Die wesentlichsten Vorteile bestehen darin, daß die Angestelltenversicherung die Berufsunfähigkeit schon bei 50 % Erwerbsbeschränktheit anerkennt (§ 25 AVG.), während die Invalidenversicherung die Berufsunfähigkeit nicht anerkennt und die Invalidität erst bei 66⅔ % Erwerbsbeschränktheit als gegeben erachtet (§ 1255 RVO). Für die Hinterbliebenen bestehen die Vorteile darin, daß die Witwe bei der Angestelltenversicherung die Witwenrente bekommt ohne daß sie invalide oder berufsunfähig sein muß (§ 28 AVG.), während in der Invalidenversicherung nur die invalide Witwe Rente erhält (§ 1258 Abs. 1 RVO.); ferner daß die Waisen aus der Angestelltenversicherung die Waisenrente bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (§ 29 AVG.), bei der Invalidenversicherung nur bis zum vollendeten 15. Lebensjahr (§ 1259 RVO.) bekommen.

Es wird sich also darum handeln, diese nicht zu verkennenden Vorteile der Angestelltenversicherung zu erhalten, ohne die Nachteile der Sonderversicherung, die hauptsächlich an den Verwaltungskosten hängen, in Kauf nehmen zu müssen. Mehrfach wurde schon früher und neuerdings darauf

hingewiesen, daß der Ausbau der Invalidenversicherung der gegebene Weg wäre. Tatsächlich könnte dadurch ein großer Teil der Verwaltungskosten erspart werden, weil die Invalidenversicherung bereits organisiert ist, ihre Organe hat und auch für die Rechtsprechung die Versicherungsbehörden schon vorhanden sind. So würde die bestehende Organisation der Invalidenversicherung wohl noch einigermaßen belastet, aber die Kosten hierfür würden gegenüber einer besonderen Organisation der Angestelltenversicherung bedeutend zurückstehen. Die Angestelltenversicherung umfaßt überdies auch bedeutend weniger Versicherte als die Invalidenversicherung. Die Versicherten wohnen nicht so massenhaft beisammen wie bei der Invalidenversicherung. Das sind Gründe, die bei der Berechnung der Verwaltungskosten eine wesentliche Rolle spielen, da hierdurch manches Organ der Angestelltenversicherung nicht voll ausgenützt werden kann, oder bei Zusammenlegung größerer Bezirke von vorneherein mit größeren Aufwendungen für die Kontrolle, Reisen der Versicherten zu den Organen usw. zu rechnen ist. Bei Ausnützung der schon bestehenden Organisation der Invalidenversicherung könnten die Mängel vermieden werden. Die Landesversicherungsanstalten für die Invalidenversicherung umfassen kleinere Bezirke als die Reichsversicherungsanstalt für Angestelltenversicherung, und die Organisation der Versicherungsbehörden ist so eingeteilt, daß die Ueberwachung und auch der Verkehr der Versicherten mit diesen Behörden, wenigstens in den unteren Instanzen, mit geringen Kosten verbunden ist.

Dazu kommt das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung der beiden Versicherungen, das heißt der Beiträge und der Renten der Angestellten- und der Invalidenversicherung. Hierüber unterrichtet eine am Schlusse veröffentlichte Zusammenstellung.

In der Invalidenversicherung erhalten Rentner mit Kindern unter 15 Jahren für jedes Kind eine Rentenerhöhung um ein Zehntel der Rente, einschließlich des Reichszuschusses von 50 ℳ. Die Angestelltenversicherung kennt eine solche Bestimmung nicht. Das Reich leistet zum Ruhegeld auch keinen Zuschuß, wie zur Invalidenrente.

Die Hinterbliebenenversorgung ist in folgender Weise geregelt: Nach der Angestelltenversicherung erhält die Witwe zwei Fünftel des Ruhegeldes des verstorbenen Mannes als Witwenrente (§ 57 AVG.), bei der Invalidenversicherung drei Zehntel der Invalidenrente des verstorbenen Mannes (§ 1292 RVO). Die Waisen erhalten nach der Angestelltenversicherung je ein Fünftel, Doppelwaisen je ein Drittel der Witwenrente (§ 57 AVG.), und nach der Invalidenversicherung je drei Zwanzigstel der Invalidenrente des verstorbenen Vaters (bezw. der Mutter) (§ 1292 RVO.). In der Angestelltenversicherung dürfen die Hinterbliebenenrenten nicht mehr betragen als das Ruhegeld des Verstorbenen, d. h. es werden praktisch nicht mehr als die Witwe und 4—5 Waisen versorgt (§ 58 AVG.). In der Invalidenversicherung ist die Hinterbliebenenversorgung unbegrenzt.

Zu bedenken ist dabei noch, daß alle Angestellten mit einem Einkommen bis zu 2000 ℳ in der Invalidenversicherung pflichtversichert sind (§ 1226 RVO.), und daß alle Angestellten bis zu einem Einkommen von 3000 ℳ berechtigt sind, sich freiwillig in der Invalidenversicherung zu versichern (§ 1243 RVO.). Alle Angestellten mit einem Einkommen von über 3000 ℳ sind berechtigt, die Pflichtversicherung oder auch die freiwillige Versicherung fortzusetzen (§ 1243 RVO.). Viele Angestellte haben hiervon Gebrauch gemacht. Sie versichern sich weiter, um den einmal erworbenen Anspruch nicht zu verlieren und müssen daher praktisch doppelt zu den Verwaltungskosten ihren Beitrag leisten, zur Angestellten-, wie auch zur Invalidenversicherung. Eine bedeutende Summe könnte daher für den eigentlichen Versicherungszweck freigemacht werden, wenn die Invaliden- und die Angestelltenversicherung zusammengelegt würden. Es würde sowohl für die Markenausgabe wie auch für die Verbuchung und Rechnungslegung und die sonstigen Verwaltungsarbeiten doch nichts ausmachen, ob für die ohnehin bei der Invalidenversicherung Versicherten höhere oder niedrigere Beiträge zu verrechnen und zu verbuchen wären, wie ja auch das Verfahren, soweit es sich nur um die Invalidität handelt, dasselbe ist, ob der Versicherte einer hohen Beitragsklasse oder einer niedrigen angehört.

Für die Angestellten würde bei Beibehaltung der Berufsunfähigkeit das Verfahren behufs Festsetzung der Rente nur früher eintreten als bei den sonstigen Versicherten. Dabei wäre zu erwägen, ob es nicht zweckmäßig wäre, bei Berufsunfähigkeit nur die Hälfte der Rente zu gewähren und beim Eintritt der Invalidität die Vollrente, da doch anzunehmen ist, daß ein nur Berufsunfähiger noch in der Lage ist, sich irgendwie nutzbringend zu beschäftigen, während ein Invalider nicht mehr in der Lage ist eine irgendwie nutzbringende Tätigkeit auszuüben.

Weiterhin sprechen noch triftige soziale Gründe für eine Zusammenlegung beider Versicherungszweige. Die Mehrzahl der Angestellten geht aus den Reihen der anderen Versicherten hervor, so z. B. besonders die große Zahl der Werkmeister usw. in unseren großen Industriebetrieben; und eine nicht geringe Zahl scheidet wieder aus dem Stande der Angestellten aus und zählt nur mehr zu den anderen Versicherten. Wieder andere beziehen ein geringeres Einkommen als ein bessergestellter Arbeiter. Alle diese Verhältnisse legen eine Vereinigung, nicht eine Trennung der Versicherung nahe. Aufgabe weiterer Erörterung dürfte es sein, wie diese Verhältnisse praktisch in einer Versicherung zu behandeln sind.

Notwendig wäre es aber auch, daß das Verfahren über die Ansprüche besser geregelt würde. Hierfür bietet uns die Angestelltenversicherung den besten Weg. Nach der Angestelltenversicherung entscheidet nicht der Vorstand des Versicherungsträgers, d. i. die Reichsversicherungsanstalt, über die Rentenansprüche, sondern der für einen kleinen Bezirk errichtete Rentenausschuß (§ 122 AVG.). In der Invalidenversicherung entscheidet der Vorstand des Versicherungsträgers, d. i. die Landesversicherungsanstalt, über den Rentenanspruch, wobei das Versicherungsamt nur gutachtlich gehört wird (§§ 1630, 1632 RVO.). Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt ist bei seiner Entscheidung an dies Gutachten nicht gebunden, weshalb die Gutachten der Versicherungsämter einen zweifelhaften Wert haben und auch dementsprechend zustande kommen. Hier ist also das in der Angestelltenversicherung vorgesehene Verfahren vorzuziehen, auch aus dem Grunde, weil die Versicherungsämter, deren Wirkungskreis sich über einen engeren Bezirk erstreckt, viel eher in der Lage sind, die wirtschaftlichen und Erwerbsverhältnisse zutreffend zu beurteilen als der Vorstand des Versicherungsträgers,

dessen Wirkungskreis sich über einen weit größeren Bezirk erstreckt. Auch würde dadurch den Versicherten die Vertretung ihrer Interessen mehr erleichtert als unter den jetzigen Umständen.

Die Trennung der beiden Versicherungen bedingt auch eine Vermehrung der Verfahren und der Verfahrenskosten, weil bei den vielen der in der Angestelltenversicherung Versicherten, die auch zur Invalidenversicherung gehören, immer zwei Verfahren notwendig sind mit all den Umständlichkeiten, wie Erhebungen über Einkommen und Lohn, Arbeitsverhältnis, ärztlichen Gutachten usw.

Sollte die Vereinigung daran scheitern, daß das Reich durch die weitere Ausdehnung der Invalidenversicherung stärker belastet würde, so ließe sich wohl m. E. immer noch ein Weg finden. Man könnte den Reichszuschuß nur bis zu einer Einkommensgrenze zubilligen. Wenn z. B. der Reichszuschuß bei einem Einkommen von über 3000 ℳ wegfiele, so könnte man den davon betroffenen Versicherten anderweitig, etwa durch Erhöhung des Grundbetrages entgegenkommen. In der Tabelle wurde deshalb absichtlich eine Steigerung des Grundbetrages vorgenommen, die einen Ausbau erfahren könnte. Es darf nicht vergessen werden, daß Versicherte mit einem hohen Beitrag keine größeren Verwaltungskosten verursachen als Versicherte mit einem geringeren Beitrag, weshalb ersteren in dieser Weise entgegengekommen werden könnte.

Vereinssekretär L. Wimmer, Regensburg.

Vergleichende Zusammenstellung der Beiträge und Leistungen der Invalidenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung und der Angestelltenversicherung.

Laufende Nummer	Lohnklassen § 1245 RVO.	Gehaltsklassen § 16 AVG.	Jahresarbeitsverdienst § 1245 RVO und Gehalt § 16 AVG. (Mark)	Wochenbeiträge d. Inv.-Vers. § 1392 RVO. (Pfennigen)	Monatsbeiträge zur Angestelltenversicherung § 172 AVG. = entsprechen Wochenbeiträgen von (Pfennigen)	Die Inv. Rente wird berechnet nach: Grundbetrag f. 1 Beitrag, § 1288 RVO., m. 500 Beiträgen verrechnet (Pfennige)	Steigerungssatz für 1 Beitrag § 1289 RVO. (Pfennige)	Das Ruhegeld wird berechnet § 55 AVG.	Danach errechnen sich Rentenerträge von: (Die Invalidenrente ohne Reichszuschuß, der 50 M. beträgt 1285 RVO. — in Mark) Inv. Rente nach 200 Beiträgen	Inv. Rente nach 520 Beiträgen = 10 Jahren	Ruhegeld nach 120 Beiträgen = 10 Jahren	Inv. Rente nach 1040 Beiträgen = 20 Jahren	Ruhegeld nach 240 Beiträgen = 20 Jahren	Inv. Rente nach 1560 Beiträgen = 30 Jahren	Ruhegeld nach 360 Beiträgen = 30 Jahren
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	I		— — 350	18	— — —	12	3	Von 120 Beiträgen ein Viertel; von den weiteren Beiträgen ein Achtel.	66	75.60	—	91.20	—	106.80	—
2	II	A	350— 550	26	160— 37	14	6		82	101.20	48	132.40	72	163.60	96
3	III	B	550— 850	34	320— 74	16	8		96	121.60	96	163.20	144	204.80	192
4	IV	C	850—1150	42	480—111	18	10		110	142.—	144	194.—	218	246.—	288
5	V	D	1150—1500	50	680—157	20	12		124	162.40	204	224.—	306	287.20	408
6	VI*	E	1500—2000	62	960—218	23	15		145	193.—	288	271.—	432	349.—	576
7	VII*	F	2000—2500	76	1320—305	26	18		166	223.60	396	317.20	594	410.80	792
8	VIII*	G	2500—3000	92	1660—383	30	22		190	264.40	498	378.80	747	493.20	996
9	IX*	H	3000—4000	110	2000—426	34	26		222	305.20	600	440.40	900	575.60	1200
10	X*	I	4000—5000	130	2660—614	39	31		252	351.20	798	522.40	1197	673 60	1596

*) Nicht in der RVO. enthaltene, sondern vom Verfasser angenommene Lohnklassen, dasselbe gilt für die entsprechenden Einträge in Spalte 5, 7, 8, 10, 11, 13 und 15. Nur Lohnklasse II, III, IV und V entsprechen den Gehaltsklassen A, B, C und D nach der RVO bezw. dem AVG.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die zukünftige Friedenswochenhilfe.

Die Erörterung über die Art und Weise, wie die gegenwärtige Kriegswochenhilfe auch in der kommenden Friedenszeit fortzuführen ist, kommt mehr und mehr in Fluß Wie die Arb.Vers. schon im laufenden Jahrgang S. 427 mitteilte, hat der Reichstag auch eine Kommission eingesetzt, die das ganze vorliegende Material vorberaten soll. Es dürfte daher zweckmäßig sein, einmal die hauptsächlichsten Vorschläge zusammenzustellen, die in dieser Richtung in der letzten Zeit laut geworden sind. Erfreulicher Weise dreht sich die Aussprache nicht darum, ob die vorläufig durch einige Bundesratsverordnungen festgelegte Reichswochenhilfe fortzusetzen ist, sondern wie das zu geschehen hat.

Als einer der ersten erschien wieder Prof. Mayet, der sich schon vordem um die Frage sehr verdient gemacht hat, auf dem Plan. Er knüpfte an seine früheren Pläne an und schlug vor (vgl. Ortskrankenkasse 1915 S. 443), die Mutterschaftsfürsorge zu einem selbständigen Versicherungszweig auszugestalten. Jede weibliche Person zwischen 16 und 45 Jahren habe ohne Rücksicht auf ihre Vermögens- und Einkommensverhältnisse zwangsweise der Versicherung anzugehören. Würden die Leistungen etwa die gleichen sein wie bei der jetzigen Reichswochenhilfe, so

würden 220 Millionen Mark im Jahre erforderlich sein. Auf die rund 14 000 000 weiblichen Personen in dem bezeichneten Alter verteilt, würde das einen Wochenbeitrag von 30 Pf. ergeben. Diese Prämie soll im ganzen Reich und für jede Frau gleich sein; sie ist durch Marken, die bei der Post erhältlich sind, zu entrichten. Diese Marken werden auf Personalkarten geklebt.

Die Deutsche Gesellschaft für Säuglingsschutz dagegen stimmt den Vorschlägen des Kabinettsrats Dr. von Behr-Pinnow zu, die verlangen, daß die den Krankenkassen auferlegte Wochenhilfe weiter ausgestaltet werde. Für Frauen, die hierdurch nicht erfaßt werden, soll durch Reichsgesetz eine neue zwangsweise Mutterschaftsversicherung geschaffen werden, der jede Frau vom Tage ihrer Eheschließung an beitreten müsse. Die Versicherung solle zehn Jahre dauern und danach freiwillig fortgesetzt werden können. Das Reich solle einen Zuschuß an die Krankenkassen leisten. Dabei sei Voraussetzung, daß die jetzigen freiwilligen Mehrleistungen der Krankenkassen auf dem Gebiete der Mutterschaftsfürsorge in Pflichtleistungen umgewandelt und neue freiwillige Leistungen der Kassen (unentgeltliche ärztliche Behandlung der Säuglinge, Stillgeld bis 26 Wochen und Gewährung der ganzen Wochenhilfe auch an nicht versicherte Ehefrauen) eingeführt werden.

Die sozialdemokratische Fraktion brachte im Reichstage den Antrag ein, die Wochenhilfe schon während des Krieges zu erweitern. Zunächst soll der Kreis der Berechtigten auf alle minderbemittelten Schwangeren und Wöchnerinnen, auch auf solche, die nicht mit einem Kriegsteilnehmer verheiratet sind, ausgedehnt werden. (Ueber den Begriff der „minderbemittelten" Wöchnerin im Sinne der bisherigen Kriegswochenhilfe: § 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915, Arb. Vers. 1915 S. 300). Ferner soll das Wochengeld, statt wie zurzeit für acht Wochen, auf die Dauer von zwölf Wochen gewährt werden, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen. Das würde es der Wöchnerin ermöglichen, schon rechtzeitig vor der Niederkunft ihre Erwerbstätigkeit niederzulegen. Auch soll der Mindestbetrag des Wochengeldes von 1 ℳ auf 1,50 ℳ und des Stillgeldes von 50 Pf. auf 75 Pf. erhöht werden, wie es, in Anbetracht der Verteuerung der Lebensmittel, zur Kräftigung der Mutter und des Kindes notwendig sei.

Auf einen wichtigen Punkt machte unlängst die Kölnische Zeitung aufmerksam: „Solange es möglich bleibe, Krankenkassen ohne weibliche Mitglieder zu errichten, und diese notorisch schlechten Versicherungswagnisse in einzelnen Kassen anzuhäufen, könne von einer Steigerung der Pflichtleistungen auf dem Gebiete der Wochenhilfe nicht die Rede sein. Während nach der letzten Statistik von 100 Mitgliedern bei den Ortskrankenkassen 50 weibliche sind, sind das bei den Betriebskrankenkassen nur 26, bei den Innungskrankenkassen 23 und den Ersatzkassen gar nur 10. Nach Einführung der Reichsversicherungsordnung hat sich dieses Verhältnis noch mehr zu ungunsten der Ortskrankenkassen verschoben. Die „Kölnische Zeitung" beschäftigte sich auch mit der Gewährung einer Wochenhilfe an solche Frauen, die einer Krankenkasse nicht angehören. Sollte man zu dieser Neuerung kommen, so könnten nur die „minderbemittelten" bedacht werden. Man müßte dann auch für die Leistung andere Träger als die Krankenkassen finden. „Alsdann wäre es aber selbstverständlich", so fuhr das Blatt fort, „daß den Krankenkassen die Verpflichtung zur Gewährung der Wochenhilfe überhaupt ganz abgenommen würde, denn sonst würde wieder eine durch nichts gerechtfertigte Ungleichheit entstehen."

Die VIII. Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, die im Oktober 1915 tagte, berührte bei Verhandlungen über die Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft auch mehrfach die Reichswochenhilfe. Allgemein war die Ansicht, daß die Kosten einer zwangsweisen Mutterschaftsversicherung unschwer aufzubringen seien. Professor Dr. Oldenberg (Göttingen) trat dafür ein, daß die Reichsversicherungsordnung nach „bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten" zu prüfen sei. Henriette Fürth (Frankfurt a. M.) führte diesen Gedanken fort, indem sie den Ausbau der Fürsorge nach der Reichsversicherungsordnung auch für uneheliche Kinder verlangte.

In einem Aufsatz „Wie ist die Reichswochenhilfe fortzuführen?" in der Sozialen Praxis 1916 Sp. 340 tritt ein ungenannter Verfasser dafür ein, einfach die Krankenkassenleistungen entsprechend auszugestalten. Es sei nicht schwer, allgemein die Pflichtleistungen zu erhöhen, wie das schon bei der Beratung der RVO. mehrfach beantragt war. Es entstehe dann ein Werk aus einem Guß. Der einfache Arbeiter finde sich in den verwickelten Einrichtungen jetzt schon nicht mehr zurecht. Allerdings müsse der Staat Zuschüsse zahlen, habe doch letzten Endes den Vorteil von der ganzen Einrichtung die Nation. Gleichwohl wäre es von den Krankenkassenvertretern nicht richtig, ihre Zustimmung zu der hier in Frage stehenden Ausgestaltung der Kassenleistungen von solchen Zuschüssen abhängig zu machen. Der Kreis der krankenversicherungspflichtigen Personen müsse erweitert werden.

Eine umfangreiche Petition haben eine Anzahl sozialpolitischer Organisationen zu Frankfurt a. M., zu denen vor allem auch die Allgemeine Ortskrankenkasse und das soziale Museum daselbst gehören, an den Bundesrat und Reichstag eingereicht. Sie fordern (vgl. Zentralblatt der Reichsversicherung 1916 S. 468) die völlige Angliederung der Mutterschaftsversicherung, auch für die nicht dem Versicherungszwange unterstellten Versicherten an die auf Grund der Reichsversicherungsordnung geschaffenen Krankenkassen und an die Ersatzkassen. Die Leistungen sollen bestehen in der Gewährung eines Wochengeldes für die Dauer von 8 Wochen in Höhe von 75 % des Lohnes, Gewährung eines Schwangerengeldes bis zu sechs Wochen für den Fall einer durch die Schwangerschaft herbeigeführten Erwerbseinbuße in Höhe des Wochengeldes, Gewährung von ärztlicher Hilfe und Hebammendiensten bei Schwangerschaftsbeschwerden und bei der Entbindung, Stellung einer hauswirtschaftlichen Hilfskraft zur Aufrechterhaltung des Haushalts für höchstens 14 Tage, soweit erforderlich, Gewährung von Anstaltspflege an die Wöchnerin, normalerweise für 14 Tage, soweit erforderlich, Gewährung eines Stillgeldes an Wöchnerinnen, die ihre Neugeborenen selbst stillen, für die Dauer bis zu 8 Monaten in Höhe von 1/4 des Lohns, mindestens aber 50 Pf. täglich. Von der Fürsorge sollen umfaßt werden alle dem Krankenversicherungszwang unterstehenden Personen und alle übrigen Erwerbstätigen (kleine selbständigen Existenzen, Beamte), soweit ihr Gesamteinkommen 2500 ℳ im Jahre nicht übersteigt. Ledigen Be-

amtinnen und Selbständigen sowie ledigen Haustöchtern von Beamten und Selbständigen wären ohne besondere Versicherung nur ärztliche Behandlung, Hebammendienste sowie Anstaltspflege zu gewähren. Die Fürsorge solle im Wege des Versicherungszwanges geschehen, unter Aufbringung der Mittel wie bisher in der Krankenversicherung; die Versicherten aus dem Kreise der wirtschaftlich Selbständigen hätten die Beiträge allein aufzubringen. Dem Reiche wäre etwa ein Drittel der Gesamtlast aufzuerlegen.

In zwei Artikeln „Geburtenrückgang und Wochenhilfe“ in der Krankenkassenzeitung (1916 Nr. 6 und 7) untersucht Reigbert-Nürnberg die Belastung, welche die Krankenkassen haben würden, wenn die Wochenhilfe, die sie gewähren, in der Form der Reichswochenhilfe ausgebaut würde. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Belastung bei den einzelnen Kassen eine sehr verschiedene wäre. Seine Berechnungen sind interessant. Weniger klar ist, welche Vorschläge er zur Fortführung der auszugestaltenden Fürsorge macht. Er scheint dafür einzutreten, daß die Mehrausgaben durch eine besondere Steuer aufzubringen seien, die nicht die Minderbemittelten trifft.

In einem Artikel „Zuschüsse zur Friedenswochenhilfe“ in der Sozialen Praxis 1916 Sp. 881 fordert Oberstadtsekretär Schröder Uebertragung der Mutterschaftsfürsorge auf die Krankenkassen. Daß diese einen Zuschuß vom Reich verlangten, sei nur berechtigt. Schwierigkeiten bestünden nur durch die noch immer vorhandene große Zersplitterung der Krankenkassen und die verschiedene Zusammensetzung der Mitgliederkreise der einzelnen Kassen. Schröder schlägt vor, die Gewährung des Reichszuschusses von der Bildung von Kassenverbänden im Sinne der §§ 406 ff. der Reichsversicherungsordnung abhängig zu machen. Die Verbandsgeschäfte seien von der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu führen. Diese verteilt die nach Abzug der Reichsbeihilfe verbleibende Kostenlast auf die einzelnen Verbandskassen nach einem Maßstab, der die Zahl der Mitglieder der einzelnen Kassen berücksichtigt. Die Kassen der ländlichen Umgebung eines Stadtkreises könnten angeschlossen werden. Die Aussicht auf den Genuß der Wochenhilfe würde für sehr viele Kassenmitglieder, männliche und weibliche, ein Anlaß sein, von dem Recht der Weiterversicherung in einem weit höheren Maße als bisher Gebrauch zu machen. Es würden dann nicht viele fürsorgebedürftige Wöchnerinnen übrig bleiben.

Schließlich sei noch auf den Aufsatz von Kleeis in der Arb.Vers. 1915 S. 125 „Die freie Geburtshilfe als dauernde Krankenkassenleistung“ verwiesen. Er tritt dafür ein, daß die freie Geburtshilfe als eine obligatorische Kassenleistung eingeführt wird. Einen Teil ihrer Aufwendungen müßten die Kassen vom Reiche erstattet bekommen. Die Kassen hätten dann auch das Recht, „Kassenhebammen“ anzustellen.

In den Kreisen der Krankenkassenvertreter herrscht über eine solche Ausgestaltung der Kassenleistungen jetzt noch geteilte Meinung. So forderte auf der letzten Tagung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen Justizrat Dr. Mayer-Frankenthal zwar auch allgemeinen Ausbau der Wochenhilfe: „Die Krankenversicherung dürfte aber damit nicht belastet werden; sie müsse auf Kosten des Reiches weitergeführt werden.“ Der Vorsitzende dieses Krankenkassenverbandes, Abg. Fräßdorf-Dresden, nannte in der „Ortskrankenkasse“ diese Weiterführung durch die Krankenkassen „Sozialreform auf Kosten der Minderbemittelten“. Im Gegenteil hierzu sprach sich sehr einsichtsvoll der Vorsitzende der Allgemeinen Ortskrankenkasse Frankfurt a. M., Ed. Gräf, über die Frage aus.

„Ein Zurück kann es nicht mehr geben“, sagt er in der „Ortskrankenkasse“ (S. 410, 1915). Alle Krankenkassen sollten sich an dem wichtigen Werk jetzt schon beteiligen, indem sie nach Möglichkeit dazu übergehen, wichtige Mehrleistungen im Mutterschutz einzuführen. „Wohl kosten“, so sagt er weiter, „die Mehrleistungen für Mutterschutz den Krankenkassen Geld, doch steht fest, daß keine Kasse unter diesen Lasten zusammenbrechen wird.“ Im gleichen Sinne äußerte sich Gräf auch ausführlicher in der „Sozialen Praxis.“

Aus alledem geht hervor, daß der Ausbau der Krankenversicherung die meisten Befürworter findet. Es kann sich nur darum handeln, wie dieser erfolgen soll. Vorläufig bestehen die Bundesratsverordnungen über die Reichswochenhilfe solange, bis sie ausdrücklich aufgehoben werden. Das wird voraussichtlich nicht geschehen, solange nicht an ihre Stelle etwas anderes gesetzt ist. Inzwischen haben bekanntlich alle weiblichen Versicherten, auch wenn der Vater des Kindes nicht Kriegsteilnehmer ist, Anspruch auf die erweiterten Leistungen.

Literarisches.

Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, herausgegeben von den Mitgliedern. 5. Band, Berlin 1916, Verlag von Behrend u. Co. XV und 474 Seiten. Preis 7,50 ℳ, für Bezieher der „Amtl. Nachr. d. RVA.“ 6 M.

Schon beim Erscheinen des ersten Bandes haben wir auf die Wichtigkeit und den inneren Wert dieser überaus reichhaltigen Sammlung kennenswerten Stoffs nachdrücklich hingewiesen (Arb.Vers. 1914 S. 604). Das Unternehmen bezweckt, alles Wissenswerte an Entscheidungen und Anordnungen, die im Bereich der Reichsversicherung ergehen, in einer fortlaufenden Sammlung zu vereinigen und zu veröffentlichen. Demgemäß bringt die Sammlung nicht nur alle grundsätzlichen Entscheidungen, sondern auch sonstige Entscheidungen des Reichsversicherungsamts, die eine über den einzelnen Fall hinausgehende wirtschaftliche oder wissenschaftliche Bedeutung haben, ferner Entscheidungen anderer Versicherungsbehörden (Landesversicherungsämter, Oberversicherungsämter) von gleicher Bedeutung, Entscheidungen anderer Behörden (Verwaltungsgerichte, ordentliche Gerichte), die für die Reichsversicherung von Wert sind, Anordnungen der Versicherungs- und anderer

Behörden für den Bereich der Arbeiterversicherung, ärztliche Obergutachten, endlich auch andere „Mitteilungen", die für die an der Arbeiterversicherung Beteiligten Bedeutung haben, so namentlich Bescheide, die das Reichsversicherungsamt, der Reichskanzler, die zuständigen Minister usw. auf Anfragen Beteiligter erlassen haben, versicherungsrechtliche und sozialwissenschaftliche Literatur, Vorlesungen usw.

Hiernach reicht der Inhalt dieser Sammlung weit über den durch die „Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts" vermittelten Stoff hinaus und ergänzt diesen in wertvollster Weise. Auch die mitgeteilten, nicht als „grundsätzlich" bezeichneten Entscheidungen sind so ausgewählt, daß sie die ihnen zu Grunde liegenden Gesetzesvorschriften von einer besonderen Seite beleuchten und dadurch eine Fülle von Belehrung bieten. Der vorliegende fünfte Band enthält 185 Entscheidungen. Die angefügten 7 „Mitteilungen" geben namentlich Aufschluß über wichtige, mit dem Kriege zusammenhängende Fragen; so über Zustellungen an Kriegsteilnehmer, Verwendung von Mitteln der Berufsgenossenschaft bei Unfällen von Kriegsgefangenen, Vergütung für Verdienstrückgang im Krieg als Teil des Lohnes, Versicherungspflicht der russisch-polnischen Arbeiter während des Krieges, Ansprüche der Kriegsteilnehmer aus der Invalidenversicherung neben den Bezügen aus den militärischen Fürsorgegesetzen, Anwendung des § 1542 RVO. auf die Ansprüche aus diesen Gesetzen. Der gesamte Stoff ist übersichtlich angeordnet und ein ausführliches Inhaltsverzeichnis, ein Sachregister und ein Gesetzesregister bieten einen klaren Ueberblick und ermöglichen in bequemer Weise das Auffinden von Entscheidungen oder Mitteilungen über zweifelhafte Fragen. Die Anschaffung der Sammlung ist den an der Reichsversicherung Beteiligten angelegentlich zu empfehlen.

Jahrbuch der Krankenversicherung 1915. Verlag des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, Dresden 1916.

Auf 186 Seiten ist hier in zehn Abschnitten ein reichhaltiger Stoff in fesselnder Darstellung geboten: 1) Allgemeine Uebersicht; 2. Entwicklung der deutschen Sozialversicherung; 3) Entwicklung der Sozialversicherung im Auslande im Jahre 1915; 4) Privatversicherung und Sozialversicherung; 5) Einzelfragen der Krankenversicherung. 6) Krankheitsverhütung; 7) Mutterschutz und Säuglingsfürsorge; 8) Oeffentliche Gesundheitspflege; 9) Krieg und Sozialversicherung; 10. Die Einrichtungen des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen. Im Anhange sind die wirtschaftlichen Ergebnisse für 790 Ortskrankenkassen mit 4 375 927 Mitgliedern statistisch dargestellt und tabellarisch veranschaulicht. — Die einzelnen Abschnitte sind übersichtlich in zahlreiche Unterabschnitte gegliedert. Aus dem reichen, interessanten Stoff heben wir nur beispielsweise die an der Spitze der „Einzelfragen der Krankenversicherung" stehende Darstellung des gegenwärtigen Verhältnisses zwischen Aerzten und Krankenkassen nach dem „Berliner Abkommen" hervor (S. 24 bis 34). Sie geht von der erneut hervorgetretenen Verschärfung der Gegensätze aus, legt die Sach- und Rechtslage mit ruhiger Sachlichkeit dar, weist das Abkommen im einzelnen zwar als verbesserungsbedürftig nach, erkennt aber die Grundgedanken des Abkommens, sofern sie nur vernünftig durchgeführt werden, als gesund und geeignet an, das Verhältnis zwischen Aerzten und Kassen erträglich zu machen. Die gegenwärtige Lage der Dinge und ihre Entwicklung konnte nicht sachlicher und anschaulicher dargestellt werden.

Die militärischen Versorgungsansprüche und ihre Abfindung durch das neue Kapitalabfindungsgesetz. Von Magistratssekretär Salm. Aschaffenburg bei C. Krebs. 15 Seiten. Preis 20 Pf.

Eine jener gemeinverständlichen Darstellungen, wie sie jetzt so zahlreich erscheinen und wie sie insbesondere der Verfasser schon über andere Gegenstände herausgegeben hat (zu vgl. z. B. Arb.Vers. 1915 S. 812).

Die Ungültigkeit von Verhältniswahlen. Von Regierungsrat Dr. H. Schulz. Berlin 1916 bei Julius Springer. 45 Seiten. Preis geb. 1 M.

Der Verfasser, ständiges Mitglied des Reichsversicherungsamts, hat im Jahre 1913 eine Schrift „Die Wahl, insbesondere die Verhältniswahl, in der sozialen Versicherung (Berlin bei Franz Vahlen) erscheinen lassen, die sachkundig und klar die Grundsätze des Wahlverfahrens, den verwickelten Aufbau der Wahlen sowie die Fragen der Wahlberechtigung und der Wählbarkeit erörterte und hiermit den Versicherungsträgern und Versicherungsbehörden eine treffliche Anleitung gab, die Wahlordnungen den besonderen Verhältnissen anzupassen und das Wahlverfahren gesetzmäßig zu handhaben. Die jetzt vorliegende Schrift — ein Sonderabdruck aus der „Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung" 1916 Heft 3 Sp. 137 ff. — ergänzt die frühere in sehr dankenswerter Weise durch eine ausführliche Darstellung der vorkommenden Verfahrensfehler und ihrer Rechtsfolgen an der Hand der Praxis. Es werden zunächst die Mängel des Verfahrens und ihr Einfluß auf das Wahlergebnis im allgemeinen, dann die einzelnen Akte des Verfahrens vom Wahlausschreiben bis zur Feststellung des Ergebnisses, weiter die Anfechtung einzelner Maßnahmen der Wahlleitung, schließlich die Aufhebung der Wahl behandelt. Dies alles in übersichtlicher Form und klarer Sprache, unter Heranziehung der Musterwahlordnungen, der Literatur und Rechtsprechung. Der geringe Preis ermöglicht allen Beteiligten die Anschaffung der Schrift, die zumal in Verbindung mit der früheren — ein vollständiges Handbüchlein für die Praxis der Verhältniswahl in der Sozialversicherung darstellt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Pauschbetrag nach § 80 RVO. im Falle der Zurücknahme der Berufung.

1. Nach B. Antwort: Wir verweisen auf den Aufsatz (aus den „Monatsblättern für Arbeiterversicherung") im Heft 11 der Arb.Vers. von 1916 S. 244 ff. und bemerken zum vorliegenden Falle folgendes: Der Pauschbetrag aus § 80 RVO. ist an sich für jede Spruchsache, ohne Rücksicht auf die Art ihrer Erledigung, also auch im Falle der Zurücknahme der Berufung zu entrichten (das. S. 246 Sp. 1); aber zahlungspflichtig ist immer nur ein Versicherungsträger, der an der Spruchsache „beteiligt" war, und dies ist nur dann anzunehmen, wenn er an dem betreffenden Verfahren tatsächlich teilgenommen hat (das. S. 249 Sp. 2). Daran fehlt es, wenn die von anderer Seite eingelegte Berufung sich durch Zurücknahme erledigt hat, ehe die Kasse von der Berufung auch nur Kenntnis erhalten hatte. In solchem Falle war sie mit der Spruchsache vor dem Oberversicherungsamt in keiner Weise befaßt, also nicht „beteiligt" im Sinne des § 80. Daß ihr nachträglich vom Oberversicherungsamt die Einlegung der Berufung und zugleich deren Rücknahme mitgeteilt worden ist, kann hieran nichts ändern. Wir halten deshalb die Festsetzung des Pauschbetrages für unbegründet.

Entbindung einer wegen einer Krankheit bereits im Krankenhause befindlichen Versicherten von einem toten Kind.

2. Nach Elbing. Antwort: Auch eine Totgeburt kann den Anspruch auf Wochenhilfe begründen, nämlich dann, wenn ein an sich lebensfähiges Kind während der Entbindung stirbt (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2 zu § 195). Für die Kosten der Beerdigung des Kindes braucht aber die Kasse nicht aufzukommen, auch wenn die versicherte Mutter im Krankenhaus entbunden ist. Es würde ein Anspruch auf Sterbegeld nur bestehen, wenn vom Versicherungsamt auf Antrag des Vorstandes eine Verfügung getroffen ist, die es ausdrücklich beim Tode eines Kindes der Versicherten zubilligt. Auch wenn es sich um eine Entbindung handelt, die an sich den Anspruch auf Wochenhilfe begründet, so ist das Wochengeld doch nicht zu gewähren, wenn bereits Krankenhauspflege wegen einer Krankheit gewährt wird. Denn sie tritt an Stelle des Krankengeldes, und dieses, sowie Wochengeld werden nicht nebeneinander gewährt. Wohl aber muß die Kasse der versicherten Wöchnerin, die sich wegen einer bereits bestehenden Krankheit im Krankenhaus befindet, gemäß §§ 8, 3 Ziff. 1 Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 über die Kriegswochenhilfe den Entbindungsbeitrag von 25 ℳ zahlen oder aber gemäß § 9 derselben Bekanntmachung freie Behandlung durch Hebamme und Arzt, sowie die erforderliche Beihilfe bei der Niederkunft gewähren, wenn der Kassenvorstand beschlossen hat, diese Leistungen statt der baren Beihilfen zu gewähren. Meist wird die Entbindung von einem toten Kinde als Krankheit im Sinne der Krankenversicherung zu gelten haben, und dann hat die Kasse für die vollen Kosten der ärztlichen Behandlung aufzukommen; in letzterem Falle brauchen auch nicht die Voraussetzungen des § 195 RVO. erfüllt zu sein. In dem geschilderten Falle ist somit noch festzustellen, ob die Totgeburt eine Entbindung im Sinne des § 195 RVO. bildete, ob sie als Krankheit aufzufassen war und ob die Voraussetzungen des § 195 RVO. erfüllt waren.

Darf ein Mitglied des Vorstandes in einem Streitverfahren die Vertretung gegen die Kasse übernehmen?

3. Nach R. Frage: Unser stellvertretender Vorstandsvorsitzender ist Arbeitersekretär. Er hat wiederholt Streitsachen, bei deren Beratung er auch in der Vorstandssitzung teilgenommen hat, gegen die Kasse beim Versicherungsamt vertreten. In einem Falle, in dem neben unserer Kasse noch die Ortskrankenkasse L. zur Bezahlung in Betracht kam, stellte er beim Versicherungsamt den Antrag, in erster Linie unsere eigene und erst in zweiter Linie die Ortskrankenkasse L. zu verurteilen. Die Mehrzahl der Vorstandschaft ist der Ansicht, daß die Handlungsweise des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden seine Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung ausschließt und der § 24 RVO. in Kraft tritt. Oder ist, wenn schon die Voraussetzungen des § 24 RVO. nicht als gegeben erachtet werden, nicht der § 23 Abs. 3 genannten Gesetzes anwendbar?

Antwort: § 23 Abs. 3 RVO. kommt nicht in Frage, weil es sich weder um ein Privatinteresse des Vorstandsmitgliedes selbst noch seiner Angehörigen handelt. Dagegen halten wir § 24 Abs. 1 für zutreffend. Kein Vorstandsmitglied ist gehindert, seine von dem Standpunkt der Mehrheit abweichende Ansicht im Vorstande selbst mit allem Nachdruck geltend zu machen, aber es darf nicht außerhalb des Vorstandes die von diesem gefaßten Entschließungen zu vereiteln versuchen, wie es geschieht, wenn das Vorstandsmitglied in Streitigkeiten, an denen die Kasse beteiligt ist, die Vertretung des Gegners übernimmt. Das einzelne Vorstandsmitglied hat bei der dem Vorstand obliegenden Besorgung der Geschäfte und der Verwaltung der Kasse (§§ 327, 342) nach Kräften mitzuwirken, und es verstößt gegen die ihm obliegende „getreue Geschäftsverwaltung" (§ 23 Abs. 1), wenn es den Maßnahmen des Vorstandes geradezu entgegenwirkt. Solches

Verhalten muß „seine Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung“ im Sinne des § 24 Abs. 1 ausschließen. Es leuchtet doch wohl auch ein, daß die anderen Vorstandsmitglieder sich im Vorstande nicht mit dem erforderlichen rückhaltlosen Vertrauen aussprechen können, wenn sich unter ihnen ein Mitglied befindet, das gegebenenfalls das Gehörte gegen die Entschließungen des Vorstandes benutzen könnte.

a) Verwahrung von Wertpapieren, insbesondere Sparkassenbüchern. b) Bemessung der Kassenbeiträge mit Rücksicht auf die Drittelung. c) Wirkungsbeginn mangelhafter Befreiungsanträge nach §§ 175, 418 RVO. d) Vorübergehender Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirks als Erfüllungsort der Krankenpflege?

4. Nach G. 183. Antwort: a) Sparkassenbücher, vor deren Mißbrauch durch einen Unbefugten die Kasse durch einen Sperrvermerk geschützt ist, sind, wie auf Namen lautende Urkunden, nicht als „Wertpapiere“ im Sinne des § 365 RVO. anzusehen, können also in der Verwahrung der Kasse verbleiben. Im übrigen hat die Vorschrift, daß Wertpapiere bei dem Gemeindeverbande zu verwahren sind, „wenn das Versicherungsamt nichts anderes bestimmt“, nur insofern zwingende Bedeutung, als in der einen oder anderen Weise für sichere Verwahrung gesorgt sein muß, während über den Ort und die Art der Verwahrung das Versicherungsamt nach pflichtmäßigem Ermessen zu bestimmen hat. Indessen ist dabei doch wohl nur an Verwahrung bei einer anderen öffentlichen Behörde — nicht bei der Kasse selbst — zu denken, wie dies entsprechend auch für Berufsgenossenschaften auf Grund des § 717 RVO. und eines älteren Rundschreibens des Reichsversicherungsamts angenommen wird (vgl. Moesle-Rabeling Anm. 3 zu § 717 und Handb. der Unf.Vers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 584). Für Betriebskrankenkassen gilt in dieser Hinsicht nichts besonderes.

b) Es besteht keine Vorschrift, wonach die Kassenbeiträge so bemessen werden müßten, daß sich bei der Drittelung keine Bruchpfennige ergeben. Dafür, daß hieraus den Versicherten keine Mehrbelastung erwächst, ist durch § 395 Abs. 1 Satz 2 RVO. vorgesorgt. Zu vgl. übrigens Arb.-Vers. 1914 872 Ziff. 11.

c) Wenn der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht an wesentlichen inhaltlichen oder formellen Mängeln leidet, z. B. den Arbeitgeber oder die zu befreienden Personen nicht bestimmt bezeichnet oder nicht unterschrieben ist, oder den Befreiungsgrund nicht angibt, so daß die Kasse in eine Prüfung überhaupt nicht eintreten kann, so liegt ein gültiger Antrag nicht vor; wird dann der Mangel beseitigt und die Befreiung bewilligt, so kann diese nach § 175 (418) RVO. erst vom Eingange der Ergänzung an wirken, weil erst diese einen gültigen Antrag darstellt. Anders verhält es sich, wenn nur der Nachweis einer Voraussetzung, z. B. der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers im Sinne der § 418 Abs. 2 Ziff. 2, nicht alsbald beigebracht ist. Denn die zur Feststellung der Voraussetzungen erforderlichen Erhebungen gehören zum Verfahren über den Antrag, und gerade weil dieses Verfahren sich unter Umständen in die Länge ziehen kann, ist die Vorschrift, daß die schließlich ergehende Entscheidung auf den Zeitpunkt der Antragstellung zurückwirkt, von besonderer praktischer Bedeutung.

d) An unseren Auskünften in 1911 S. 264 Ziff. 16 und 1914 S. 463 Ziff. 3 ist festzuhalten. Die mit ihnen nicht vereinbare, an letzterer Stelle erwähnte Entsch. des bayer. VGH. ist abgedruckt 1914 S. 500. Sie nimmt an, daß die Kasse in einem dringlichen Falle auch bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirks zur Krankenhilfe verpflichtet sei, wenn nicht absichtliche Umgehung der Kassenhilfe am Wohnort vorliege. Dabei wird verkannt, daß es auf die Frage der Dringlichkeit und der schuldhaften oder entschuldigten Umgehung des Kassenarztes (§ 368 RVO.) erst ankommen kann, wenn die Kasse an dem in Frage stehenden Orte überhaupt leistungspflichtig ist. Nicht aber kann man umgekehrt aus der Dringlichkeit des Falles herleiten, daß ein Ort als Erfüllungsort anzusehen sei, der grundsätzlich ein solcher nicht ist. Entsprechendes gilt von der Vorschrift des § 220. Sie begründet nicht den Ort des vorübergehenden Aufenthalts als Erfüllungsort, sondern sie gilt nur, wenn dieser Ort nach den allgemeinen Grundsätzen als Erfüllungsort anzusehen ist (Hahn, Anm. 1 a. E. zu § 220). Neuere Entscheidungen über diese Frage sind uns nicht bekannt. Selbstverständlich kann die Kasse nicht dadurch in eine ungünstigere Lage gebracht werden, daß statt des Versicherten der Arzt auf Zahlung klagt; denn wenn dieser überhaupt einen Anspruch gegen die Kasse begründen kann, so kann er ihn nur aus dem Rechte des Versicherten ableiten.

Sind Haushaltlernende krankenversicherungspflichtig?

5. Nach Recklinghausen. Antwort: Wer im fremden Haushalt gegen freien Unterhalt die Hauswirtschaft erlernt, um das Gelernte später im eigenen Haushalt zu verwerten, ist unseres Erachtens nicht krankenversicherungspflichtig. Der Begriff des Lehrlings setzt doch voraus, daß der Lernende später das Gelernte zum Erwerbe verwenden will (vgl. Arb.Vers. 1914 S. 368 Ziff. 11b, 1916 S. 190 Ziff. 2). Die Frage ist aber streitig. So vertritt Kleeis in Arb.Vers. 1915 S. 361 ff. die Ansicht, daß es auf den Zweck nicht ankomme; er ist geneigt, die Versicherungspflicht möglichst auszudehnen.

Es ist volkswirtschaftlich von besonderem Belang, feststellen zu können, wie weit die einzelnen Erwerbs- und Berufskreise zu den Erfolgen der deutschen Kriegsanleihezeichnungen beigetragen haben. Wir bitten daher auch unsere Leser, uns Angaben über die von ihnen gezeichneten Kriegsanleihebeträge zwecks Veröffentlichung einzusenden. Erwünscht wäre es, wenn auch die Zeichnungen auf die früheren Kriegsanleihen noch nachträglich festgestellt werden könnten.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1150 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. Oktober 1916 | Heft 28

Sind Krankenkassenbeiträge nur für Arbeitstage zu entrichten?

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

In der Entscheidung 2213 (Amtl. Nachr. 1916 S. 553, hier Heft 26 S. 611) hat das Reichsversicherungsamt ausgesprochen: „Der Grundsatz der Entsch. 1788 (Amtl. Nachr. 1913 S. 829) ist aufrechterhalten: Beiträge dürfen nur für Arbeitstage erhoben werden." Ich habe die hiermit bestätigte Entsch. 1788 in Arb.Vers. 1914 S. 153 ff. einer eingehenden Prüfung unterzogen und glaube, sie als innerlich widerspruchsvoll und unbegründet nachgewiesen zu haben. Bei den Krankenkassen hat sie schon um der bedenklichen Folgen für die Kassengebahrung willen in weiten Kreisen Anstoß erregt, und man ist auch nach der neuerlichen Entscheidung keineswegs gewillt, sich dabei zu bescheiden. Meine Gegenausführungen haben Billigung und Unterstützung gefunden (zu vgl. die Ausführungen in der Entsch. 2213); daß sie auch Widerspruch hervorgerufen hätten, ist nicht bekannt geworden. Auch das Oberversicherungsamt, das die neue Streitsache zur (erneuten) grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben hat, hat sich dahin geäußert, daß die Ausführungen der Entsch. 1788 in der Arb. Vers. 1914 S. 153 und S. 691 (d. i. durch meinen Aufsatz und eine Entsch. des Versicherungsamts Hamburg) „zutreffend widerlegt" seien. Wenn trotz alledem das Reichsversicherungsamt an seiner Auffassung festgehalten hat, so durfte man eine besonders starke und überzeugende Begründung erwarten. Hierin findet man sich durch die Entsch. 2213 enttäuscht: ihre Begründung ist in dem Bemühen, einen aus dem Gesetze selbst nicht abzuleitenden sogenannten Grundsatz zu stützen, ausführlich, aber nicht glücklich.

Das Reichsversicherungsamt bekennt selbst: „Das Krankenversicherungsgesetz wie die zugehörigen Vorverhandlungen ergeben für diese Frage keinen bestimmten Anhalt". Die Begründung führt aber in der Absicht, „auf die Entstehungsgeschichte des Gesetzes näher einzugehen", Aeußerungen an, die von Regierungsvertretern später bei anderen Gelegenheiten gemacht sind, und spielt weiterhin allen Ernstes diese späteren gelegentlichen Glossen als die auch für die Auslegung der Reichsversicherungsordnung maßgebende Entstehungsgeschichte des Gesetzes aus, indem sie bemerkt, daß es bedenklich erscheine, aus einer einen besonderen Fall regelnden Vorschrift (§ 384 Abs. 3 RVO.) „einen mit der Entstehungsgeschichte des Gesetzes im Widerspruch stehenden allgemeinen Grundsatz abzuleiten." Das ist seltsam! Jene späteren Aeußerungen haben mit der Entstehungsgeschichte des Krankenversicherungsgesetzes ungefähr soviel zu tun, wie etwa die Schulzeugnisse mit der Entstehungsgeschichte eines Kindes. Es waren beiläufige Bemerkungen nach der Geburt des Gesetzes, ohne größeren Beweiswert als die

Anmerkungen von v. Woedtke, v. Schicker und Hoffmann, die ohne jede auf Gesetzesvorschriften gestützte Begründung von der einer ernstlichen Prüfung nicht standhaltenden Vorstellung ausgingen, daß Beiträge nur für Krankengeldtage zu entrichten seien. Es ist daher recht gewagt, wenn das Reichsversicherungsamt auf Grund solcher Unterlagen, in völligem Widerspruch zu seiner einleitenden Feststellung, daß das Krankenversicherungsgesetz und seine Materialien keinen Anhalt für die Frage ergeben, zu dem Schlusse gelangt: „Somit galt (!) unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes der Grundsatz, daß Beiträge nur für Arbeitstage erhoben werden dürfen." So hoch man auch sonst das Urteil jener Sachverständigen zu schätzen Anlaß hat, so kommt ihm doch Gesetzesgeltung nicht zu. Das Krankenversicherungsgesetz selbst aber und seine Vorverhandlungen bieten nun einmal keinen Anhalt für die Aufstellung jenes Grundsatzes.

Deshalb ist auch für das Recht der Reichsversicherungsordnung aus dem älteren Gesetze und aus dem, was das Reichsversicherungsamt mit Unrecht seine Entstehungsgeschichte nennt, für unsere Frage nichts herzuleiten, und es bedarf daher einer selbständigen Prüfung auf Grund des neuen Gesetzes, ob jener Grundsatz in ihm ausgedrückt oder doch aus dem Zusammenhange der Vorschriften hinreichend sicher abzuleiten ist. Die Entsch. 2213 beschäftigt sich ausführlich mit der Widerlegung von Ausführungen, die zur Unterstützung der gegenteiligen Ansicht vorgebracht sind. Darauf kommt es aber nicht in erster Reihe an, sondern es müßte positiv nachgewiesen werden, worauf die Annahme, daß Beiträge nur für Arbeitstage erhoben werden dürfen, sich gründet. In dieser positiven Richtung enthält die Entscheidung nur eine einzige Erwägung: Der Grundsatz werde durch § 385 Abs. 1 und § 180 RVO. bestätigt. Hiernach seien die Beiträge in Hundertsteln des Grundlohnes zu bemessen; diesem aber sei der durchschnittliche Tagesentgelt (Arbeitsverdienst) zu Grunde zu legen, und ein solcher werde nur an Arbeitstagen erzielt. Würde man annehmen, daß Beiträge auch für arbeitsfreie Tage erhoben werden dürfen, so würde eine unverhältnismäßige Belastung der nur an einzelnen Tagen in der Woche arbeitenden Mitglieder die Folge sein.

Der zweite Teil dieser Erwägung betrifft im Grunde nur die Billigkeit oder Zweckmäßigkeit des Gesetzes; ich komme auf diesen Punkt später zurück. Für den Inhalt des Gesetzes kommt zunächst nur die Bezugnahme auf die §§ 385 (Abs. 1) und 180 RVO. in Betracht. Diese Vorschriften ergeben, daß die Beiträge sowohl wie die baren Leistungen der Kasse nach einem für den Arbeitstag festzusetzenden Grundlohne bemessen werden. Wäre daraus zu folgern, daß die Beiträge auch nur für Arbeitstage erhoben werden dürfen, so müßte Entsprechendes auch für die Barleistungen der Kasse gelten: sie werden nach dem Grundlohn bemessen, folglich wären sie nur für solche Tage zu gewähren, an denen ein Arbeitslohn erzielt wird. Das ist aber keineswegs der Standpunkt des Gesetzes, das nur vom Krankengelde ausdrücklich sagt, daß es „für jeden Arbeitstag" gewährt wird (§ 182) — was überflüssig gewesen wäre, wenn dies schon daraus folgte, daß das Krankengeld nach dem Grundlohn bemessen wird. Auch die Geldabfindungen für Krankenpflege in den Fällen des § 193 Abs. 3 und des § 370 — und ebenso zahlreiche Ersatzleistungen, zu denen Kassen oder andere Versicherungsträger verpflichtet sind (§§ 222, 1503, 1513, 1514, 1519, 1533 Ziff. 2) — werden gleichfalls nach dem für den Arbeitstag geltenden Grundlohne bemessen, aber niemandem wird es einfallen, daraus zu folgern, daß sie nur für Tage zu gewähren seien, an denen ein Lohn erzielt wird. Der Grund davon ist, daß die Antwort auf die Frage, für welche Tage eine Leistung zu gewähren ist, in keiner Weise von dem Maßstabe abhängt, nach welchem die Leistung für den einzelnen Tag bemessen wird, daß vielmehr jene erste Frage, soweit das Gesetz sie nicht ausdrücklich regelt (wie es für das Krankengeld geschehen ist), nach

der Zweckbestimmung der Leistung beantwortet werden muß. Davon ist auch das Reichsversicherungsamt selbst in einer Entsch. vom 23. Mai 1916 (der ich mich, gegen meine bisherige Auffassung, gern beuge) hinsichtlich des Wochengeldes ausgegangen.*) Dort heißt es: Der Zweck des Wochengeldes sei nicht, einen teilweisen Ersatz der wirtschaftlichen Einbuße wegen der Arbeitsunfähigkeit zu bilden, er verfolge den vornehmeren Zweck der Erhaltung und Kräftigung von Mutter und Kind. . . . Mit dem erweiterten Zwecke des Wochengeldes sei es nicht vereinbar, daß diese Leistung nur für Arbeitstage gewährt werden soll.

Was für die Kassenleistungen recht ist, ist für die Kassenbeiträge billig. Auch bezüglich ihrer muß die Frage, ob sie nur für Arbeitstage oder für alle Tage zu entrichten sind, nach ihrer Zweckbestimmung beantwortet werden. Die Beiträge dienen aber nicht nur zur Bestreitung des Krankengeldes, das regelmäßig nur für Arbeitstage gewährt wird, sondern weit darüber hinaus für mannigfaltige Leistungen und sonstige Aufwendungen, die nicht auf Arbeitstage beschränkt sind (zu vgl. meine nähere Darlegung in Arb.Vers. 1914 S. 155). Meine Schlußfolgerung, daß daher die Beiträge, wie jene Leistungen, gleichfalls nicht auf Arbeitstage beschränkt werden dürfen, weist das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2213 mit der Begründung ab: „Diese Leistungen hat der Gesetzgeber in keine Beziehung zum Arbeitslohne gebracht." Aber die erwähnten Geldabfindungen (§§ 193, 370) sowie gewisse Ersatzleistungen der Kasse (§§ 222, 1513, 1519, 1533) und das Wochengeld, die sämtlich unterschiedslos für alle Tage, nicht bloß für Arbeitstage zu gewähren sind, sind doch, nicht anders als das Krankengeld, in eine Beziehung zum Arbeitslohn gebracht und sollen dennoch für die Frage, ob die Beiträge für alle Tage berechnet werden dürfen, außer Betracht bleiben! Man sieht, daß die bloße Beziehung einer Leistung zum Arbeitslohn für unsere Frage nicht einmal im Sinne des Reichsversicherungsamts von Bedeutung sein kann. Die wahre Bedeutung der Entsch. 2213 erschöpft sich darin, daß für solche Tage der Woche, für die ein Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, auch Beiträge nicht erhoben werden dürfen — wie ja auch aus all jenen Aeußerungen der Regierungsvertreter und Kommentatoren, auf die das Reichsversicherungsamt sich stützt, die durch nichts zu begründende Vorstellung hindurchblickt, als ob Beiträge nur für Krankengeldtage zu entrichten wären. Demgegenüber ist der weit über die Bestreitung des Krankengeldes hinausreichende Zweck der Beiträge im Auge zu behalten und demgemäß das, was die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 23. Mai 1916 vom Wochengelde sagt, entsprechend auf die Beiträge zu übertragen: „Mit dem weiterreichenden Zweck der Beiträge ist es nicht vereinbar, daß sie nur für Arbeitstage entrichtet werden sollen.

Daß eine solche Beschränkung der Beitragspflicht nicht der Absicht des Gesetzes entsprechen kann, habe ich in Arb.Vers. 1914 S. 156 noch auf Grund besonderer Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, nämlich der §§ 215, 420, 423, 494 und des § 384 Abs. 3 dargelegt. Die Entsch. 2213 geht nur auf den § 384 Abs. 3 ein, wonach die Satzung, wenn sie Krankengeld nicht allgemein für Sonn- und Feiertage zubilligt, die Beiträge für solche Mitglieder, für die auch diese Tage Arbeitstage sind, „entsprechend erhöhen" kann. Das Reichsversicherungsamt erkennt an, daß die Vorschrift „für sich betrachtet (so Hahn und Versicherungsamt Hamburg a. a. O.)" dahin verstanden werden könnte, daß der Gesetzgeber davon ausgegangen sei, die Beiträge seien allgemein auch für Sonntage (also auch wenn sie nicht Arbeitstage sind) zu entrichten. Gleichwohl erklärt das Reichsversicherungsamt, daß es hieraus „nichts wesentliches" zu folgern vermocht habe; denn abgesehen davon, daß der Gesetz-

*) Der volle Wortlaut der Entsch. liegt mir noch nicht vor. Ich führe sie nach dem Bericht in „Betriebskrankenkasse" 1916 Nr. 16 S. 192 an.

geber nicht angegeben habe, was unter „entsprechend“ zu verstehen sei, sei es bedenklich, aus dieser einen besonderen Fall regelnden Vorschrift einen mit der Entstehungsgeschichte des Gesetzes im Widerspruch stehenden allgemeinen Grundsatz abzuleiten. Das ist eine an Fehlern ungewöhnlich reiche Ausführung. Wie verfehlt die Berufung auf die sogenannte Entstehungsgeschichte des Gesetzes ist, ist oben schon erörtert, und es braucht hierauf nicht nochmals eingegangen zu werden. Ein weiterer Fehler ist, daß der Gerichtshof davon abgesehen hat, zu prüfen, was das Gesetz im § 384 Abs. 3 unter „entsprechend“ versteht. Das durfte das Gericht nur, wenn es zu begründen vermocht hätte, daß es auf diesen Punkt überhaupt nicht ankommen könne; es handelt sich aber gerade um einen besonders wichtigen Punkt, und es wäre daher Sache des Gerichtshofes gewesen, der Frage, was der Gesetzgeber unter „entsprechend“ verstanden haben mag, nachzugehen. Hätte er dies getan, so hätte er nicht — wiederum fehlerhaft — behaupten können, daß § 384 Abs. 3 nur „für sich“ betrachtet in dem oben angegebenen Sinne verstanden werden könne; denn ich habe diesen Sinn gerade durch vergleichsweise Heranziehung einer anderen gesetzlichen Vorschrift (§ 420 Abs. 3 RVO. und des vorbildlichen § 137 Abs. 2 Satz 1 des Ges. vom 5. Mai 1886) aufgezeigt. Und schließlich — das ist der letzte und befremdendste Fehler — durfte das Reichsversicherungsamt die Sache nicht so darstellen, als hätte ich meine Ansicht nur aus der „einen besonderen Fall“ regelnden Vorschrift des § 384 Abs. 3 abgeleitet, während ich sie doch vor allem auch auf die §§ 215, 420, 423, 494 gestützt habe — Vorschriften, die das Reichsversicherungsamt mit völligem Stillschweigen übergeht, was kaum anders gedeutet werden kann, als daß es ihrer Beweiskraft nichts entgegenzusetzen vermocht hat. Die Sache liegt nämlich so:

Hätte der Gesetzgeber gemeint, daß Beiträge regelmäßig nur für Arbeitstage zu entrichten sind, so wäre die Vorschrift in § 384 Abs. 3 überhaupt überflüssig, ja sogar irreführend; denn dann ergäbe sich von selbst, daß auch für jeden Sonntag und Feiertag, an dem das Mitglied zu arbeiten hat, ein Beitragsteil entrichtet werden muß wie für jeden Wochentag, der ein Arbeitstag ist, und es hätte dazu nicht erst einer Ermächtigung der Satzung bedurft, wonach diese in solchem Falle die Beiträge „entsprechend“ erhöhen „kann“. Der Gesetzgeber muß also von einer anderen Auffassung ausgegangen sein, und gerade das Wort „entsprechend“ gibt den Schlüssel zur Ermittlung seiner Absicht. Wie hier von entsprechender Erhöhung, so spricht nämlich das Gesetz in einer Reihe von Fällen, in denen der Anspruch auf Krankengeld wegfällt, nämlich in den §§ 215, 420, 423, 494, von entsprechender **Ermäßigung** der Beiträge, und in einer dieser Vorschriften — § 420 Abs. 3, worauf auch in § 423 Abs. 2 verwiesen ist — erläutert der Gesetzgeber den Begriff der „entsprechenden“ Ermäßigung dahin, daß die Beiträge nach dem Verhältnisse des Krankengeldes zum Werte der anderen Kassenleistungen“ ermäßigt werden. Daß diese Erläuterung nur hier bei § 420 (§ 423 Abs. 2) steht, hat einen rein äußerlichen Grund. Die Vorschrift ist dem § 137 des Ges. vom 5. Mai 1886 nachgebildet, der im Abs. 2 bereits eine solche nähere Bestimmung der Ermäßigung enthielt, und so hat man auch diese mit übernommen. Fehlt sie in den §§ 215, 494 (wie in anderen Vorschriften, die von entsprechender Ermäßigung der Beiträge auch bei bloßer Kürzung des Krankengeldes handeln: §§ 421, 424), so wird man gewiß daraus nicht schließen können, daß hier etwas anderes gemeint sei; denn eine „entsprechende“ Ermäßigung der Beiträge wegen Wegfalls eines Teils der regelmäßigen Kassenleistung kann schon begrifflich nichts anderes bedeuten als eine Ermäßigung des Beitrags um soviel als dem Verhältnis des wegfallenden Teils zum Werte der übrigen Leistung entspricht. Deshalb kann auch kein Zweifel bestehen, wie in dem umgekehrten Falle, nämlich im Falle der Mehrleistung an Krankengeld für Sonntagsarbeiter

gemäß § 384 Abs. 3, die dort zugelassene „entsprechende" Erhöhung der Beiträge zu zu verstehen ist: es kann nur eine Erhöhung um soviel gemeint sein als dem Verhältnis der Mehrleistung zum Werte der gesamten regelmäßigen Leistung, also nicht etwa die Erhebung des Beitrags für 7 statt für 6 Tage (vgl. Hahn Anm. 3 zu § 384). Jedenfalls tritt in allen diesen Vorschriften folgendes klar zutage: Indem das Gesetz in gewissen Fällen beim Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld eine Ermäßigung der Beiträge vorschreibt, läßt es erkennen, daß der Mangel jenes Anspruchs keineswegs den völligen Wegfall der Beiträge rechtfertigt; und indem es für Versicherte, für die auch die Sonn- und Feiertage Arbeitstage und somit Krankengeldtage sind, eine entsprechende Erhöhung der Beiträge zuläßt, setzt es das Bestehen einer Beitragspflicht an sich für diese Tage, auch wenn sie keine Arbeitstage sind, voraus.

Somit ist die Ansicht des Reichsversicherungsamts, deren Unvereinbarung mit den gesetzlichen Zwecken der Beitragserhebung oben dargetan ist, auch auf Grund positiver Vorschriften des Gesetzes widerlegt. Zuzugeben ist, daß es als unbillig empfunden werden muß, wenn ein Versicherter, der nur für einzelne Tage in der Woche (für seine Arbeitstage) Anspruch auf Krankengeld hat, gleichwohl den vollen Wochenbeitrag zu entrichten hat. Ich habe (Arb.Vers. 1914 S. 156) ausgeführt, daß die Kassen dieser Unbilligkeit abhelfen können, wenn sie — in folgerichtiger Umkehrung der Vorschrift des § 384 Abs. 3 — in der Satzung bestimmen, daß die Beiträge für solche Mitglieder, für welche einzelne Wochentage keine Arbeitstage sind, entsprechend ermäßigt werden; nur freilich besteht für die Kassen nach dem Gesetz kein Zwang, die Sache so zu regeln. Indessen kann die Rücksicht auf das insoweit unbefriedigende Ergebnis nur den Gesetzgeber angehen, nicht aber eine Umdeutung des aus dem Gesetze selbst gewonnenen Ergebnisses, vor allem nicht die Annahme des vom Reichsversicherungsamt vertretenen „Grundsatzes" rechtfertigen. Denn das würde nur bedeuten, eine Unbilligkeit durch eine andere und schwerer wiegende zu ersetzen. Es ist eine nicht zu rechtfertigende Unbilligkeit gegen die Kasse, daß sie beispielsweise einer Waschfrau, die nur an einem Tag in der Woche zu arbeiten hat, die vollen Leistungen mit Ausnahme des Krankengeldes, gegebenenfalls also auch das volle Wochengeld für alle Tage zu gewähren hat, dafür aber nach den Entscheidungen des Reichsversicherungsamts nur den auf einen Tag entfallenden Teil des Wochenbeitrags soll erheben dürfen! Nach dem vom Hauptverbande deutscher Ortskrankenkassen im Jahrbuch für 1915 erstatteten Bericht über die wirtschaftlichen Ergebnisse (S. 163, 172) hat im Berichtsjahre bei 790 Ortskrankenkassen mit 4 375 927 Mitgliedern die Gesamtausgabe 161 072 754 ℳ betragen. Davon entfallen auf Krankengeld 54 877 250 ℳ, also etwas mehr als 1/3 der Gesamtausgabe. Danach würde in dem erwähnten Beispielsfalle die Kasse beinahe 2/3 des Risikos und der anteiligen Verwaltungskosten für 6 von den 7 Tagen der Woche umsonst zu tragen haben, das heißt: die Kosten fielen insoweit den anderen Versicherten und ihren Arbeitgebern zur Last. Hat die Kasse zahlreiche Mitglieder, für die nur einzelne Tage der Woche Arbeitstage sind, so wird diese unbillige Mehrbelastung der Gesamtheit zugunsten einzelner sehr erheblich und für die Kasse peinlich ins Gewicht fallen.

Es ergibt sich also, daß die Entscheidung des Reichsversicherungsamts die Billigkeit ebensowenig wie die Gesetzmäßigkeit für sich in Anspruch nehmen kann.

Beschäftigung gegen Entgelt als Voraussetzung für die Krankenversicherungspflicht.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

VII.

(Schluß.)

Bei einer Beschäftigung gegen Entgelt besteht die Versicherungspflicht nicht, wenn Versicherungsfreiheit vorliegt. Diese tritt kraft Gesetzes bei Beamten des Reichs der Bundesstaaten, der Gemeindeverbände, der Gemeinden und der Versicherungsträger sowie bei Lehrern und Erziehern an öffentlichen Schulen oder Anstalten, solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden, bei Personen des Soldatenstandes, die dienstlich oder zur Vorbereitung auf eine Anstellung im Dienste des Reichs, eines Bundesstaates, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers beschäftigt werden, bei Personen, die während der wissenschaftlichen Ausbildung für ihren zukünftigen Beruf gegen Entgelt unterrichten und bei Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, bei Diakonissinnen, Schulschwestern und ähnlichen Personen, wenn sie sich aus religiösen, sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und als Entgelt nicht mehr als den freien Unterhalt beziehen (§ 172 RVO.). Versicherungsfreiheit besteht weiter kraft Gesetzes für diejenigen Dienstleistungen, die der Bundesrat als vorübergehende bezeichnet hat (§ 168 RVO.). Dies ist nach Bekanntmachung des Reichskanzlers betr. die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756) vornehmlich geschehen hinsichtlich der Personen, die überhaupt keine berufsmäßigen Lohnarbeiten verrichten und gelegentlich eine auf weniger als eine Woche berechnete Arbeit ausführen, oder zwar in regelmäßiger Wiederkehr aber nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt arbeiten sowie hinsichtlich der Personen, die zwar berufsmäßig arbeiten aber während vorübergehender Arbeitslosigkeit gelegentlich höchstens drei Tage lang arbeiten oder die während des Bestehens eines versicherungspflichtigen oder an sich versicherungspflichtigen (§§ 169 bis 174 RVO.) Arbeitsverhältnisses zu einem bestimmten Arbeitgeber, für andere Arbeitgeber nebenher arbeiten. Auch Arbeiten zur schleunigen Hilfeleistung bei Unglücksfällen, bei Verheerungen durch Naturereignisse, bei Verkehrs- oder Betriebsstörungen usw. sind, wenn sie voraussichtlich höchstens drei Tage dauern, versicherungsfrei. Die Versicherungsfreiheit tritt weiter kraft Gesetzes ein, wenn das Reich, ein Bundesstaat, ein Gemeindeverband, eine Gemeinde oder ein Versicherungsträger seinen Beschäftigten einen Anspruch entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen (§ 179 RVO) oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet. Das gleiche gilt für Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten (§ 169 RVO.). Auf Anordnung der obersten Verwaltungsbehörde werden die von sonstigen Körperschaften beschäftigten Personen einschließlich der Lehrer und Erzieher an nicht öffentlichen Schulen oder Anstalten sowie die Beamten und Bediensteten der landesherrlichen Hof-, Domänal-, Kameral-, Forst und ähnlichen Verwaltungen, der Herzoglich Braunschweigischen Landschaft und der Fürstlich Hohenzollernschen Fideikomißverwaltung befreit, wenn ihnen die bezeichneten Ansprüche zugesichert sind, oder wenn sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden (§§ 170, 171 RVO.). Endlich kann die Befreiung von der Versicherungspflicht noch auf Antrag eintreten, und zwar auf Antrag des Beschäftigten selbst, wenn er auf die Dauer nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig ist,

solange der vorläufig unterstützungspflichtige Armenverband einverstanden ist, und auf Antrag des Arbeitgebers bei Lehrlingen aller Art, so lange sie im Betriebe der Eltern beschäftigt werden und bei Personen, die bei Arbeitslosigkeit in Arbeiter-Kolonien oder in ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigt werden (§ 174 RVO.). Ueber den Antrag entscheidet der Kassenvorstand und wenn die Befreiung abgelehnt wird auf Beschwerde der Vorsitzende des Versicherungsamts endgültig (§ 175 RVO.).

VIII. Nach dem Krankenversicherungsgesetz begründete eine unständige Beschäftigung nicht die Versicherungspflicht kraft Gesetzes, vielmehr waren die Gemeinden und weiteren Kommunalverbände befugt, den Versicherungszwang durch Ortsstatut einzuführen. Dabei wurde wie auch jetzt nach § 440 RVO. als unständig eine Beschäftigung angesehen, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im Voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt war. Nach der Reichsversicherungsordnung sind unständig Beschäftigte kraft Gesetzes versicherungspflichtig, sofern es sich nicht um eine vorübergehende Beschäftigung im Sinne des § 168 RVO. handelt. Die Versicherung ist abweichend von der Regelversicherung in den §§ 442 ff. RVO. geregelt. Ob eine unständige Beschäftigung vorliegt, kann nur im Einzelfalle festgestellt werden. Von einer nach der Natur der Sache auf weniger als eine Woche beschränkten Beschäftigung kann nur die Rede sein, wenn nach dem Maße der möglichen Arbeitsleistung die Beschäftigung für eine Woche und darüber ausgeschlossen ist. Somit gehört eine Beschäftigung, die eine Tätigkeit von einer Woche und darüber erfordern kann, nicht hierher, und keineswegs eine Arbeit, die tatsächlich länger als eine Woche gedauert hat; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 4. Juli 1904 (Arb.Vers. S. 624). Als Beispiele einer durch die Natur der Sache bedingten unständigen Beschäftigung sind zu nennen: das Schneeschaufeln und das Abladen von Kohlen sowie der Möbeltransport beim Umzug, sofern die Arbeiter nur für einen bestimmten Umzug angenommen sind; vgl. Komm.Ber. z. KVG. vom 15. Juli 1883 (S. 9), Pr. OVG. Entsch. vom 21. Oktober 1901 (Bd. 40 S. 332). Eine Beschäftigung auf Probe und ohne Festsetzung von Lohn kann nicht ohne weiteres als unständige Beschäftigung angesprochen werden; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 9. Mai 1901 (Pr. Verw. Bl. Bd. 22 S. 592). Das gleiche gilt für ein Beschäftigungsverhältnis, das jeden Augenblick sofort beendigt werden kann.

Durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist eine Tätigkeit nur, wenn nach dem ausdrücklich oder stillschweigend erklärten Willen des Arbeitgebers und des Arbeiters die Tätigkeit nicht länger dauern soll. Allgemeine Erklärungen des Arbeitgebers in Anschlägen, Bekanntmachungen, Inseraten usw. oder die Lohnzahlung nach Tagen oder Stunden, an denen oder in denen gearbeitet worden ist, für sich allein oder in Verbindung mit dem Hinweise, daß die Arbeiter selbst für ihre Krankenversicherung sorgen sollen, reichen für die Annahme einer unständigen Beschäftigung nicht aus; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 21. Oktober 1901 (Bd. 40 S. 332) vom 1. Mai und 12. Juni 1902 (Arb.Vers. S. 614) und vom 19. Oktober 1903 (Pr. Verw. Bl. Bd. 25 S. 661). Nicht die Dauer der einzelnen Arbeitsleistung, sondern die Dauer des Arbeitsverhältnisses ist maßgebend; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 24. September 1898 (Arb.Vers. 1899 S. 90), RVA. Entsch. vom 21. Mai 1915 (Amtl. Nachr. S. 579). Der Gegenstand der Beschäftigung muß eine in sich abgeschlossene Arbeitsleistung sein, nach deren Beendigung das Beschäftigungsverhältnis aufhören soll; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 21. Januar 1897 (Pr. Verw.Bl. Bd. 18 S. 308), vom 4. November 1895 (Bd. 29 S. 315), vom 4. Juli 1900 (Bd. 37 S. 386) und vom 3. Juli 1902 (Pr. Verw.Bl. Bd. 24 S. 266). Die Festsetzung einer weniger als eine Woche betragenden Arbeitszeit schließt die Annahme einer ständigen Beschäftigung nicht aus, wenn die beim Vertragsschlusse vor-

liegenden tatsächlichen Verhältnisse von vornherein die Erneuerung des Vertrages über eine Woche hinaus wahrscheinlich machten; vgl. Bad. Verw.Ger.Hof Entsch. vom 18. Okt. 1904 (Arb.Vers. S. 696) Arbeiter, welche bei eintretendem Bedarf für ganze Tage oder auch nur für Stunden angenommen wurden, gelten als ständig beschäftigt, wenn sich fortgesetzt Gelegenheit zur Arbeit findet; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 21. Januar 1904 (Pr. Verw. Bl. Bd. 25 S. 763). Erklärungen, die nach außen hin das Beschäftigungsverhältnis als auf weniger als eine Woche beschränkt erscheinen lassen sollen, sind bedeutungslos; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 3. Juli 1902 (Pr. Verw.Bl. Bd. 24 S. 266).

Da nicht die tatsächliche Arbeitsleistung, sondern das Beschäftigungsverhältnis ausschlaggebend ist, so bringt die Frage nach dem Vorliegen einer unständigen Beschäftigung dann große Schwierigkeiten mit sich, wenn die kurzen Beschäftigungen in bestimmten Zwischenräumen ohne vorherige Bestellung bei demselben Arbeitgeber wiederkehren. Als Fälle solcher Art kommen z. B. Waschfrauen, Näherinnen oder Reinmachefrauen in Betracht, die in verschiedenen Familien „feste Stellen" haben, durch die sie in mehrwöchigen Zwischenräumen ein oder zwei Tage in Anspruch genommen sind. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei Lehrern, die Musikunterricht oder anderen Unterricht erteilen und nicht als selbständige Gewerbtreibende gelten; vgl. RVA. Entsch. vom 21. Mai 1915 (Amtl. Nachr. S. 579). Wenn diese Personen zu demselben Arbeitgeber in fest bestimmten Zwischenräumen an von vornherein bezeichneten Tagen oder zu bestimmten Stunden zur Ausübung der Tätigkeit kommen, so liegt zweifellos ein festes über die Zwischenräume sich erstreckendes Beschäftigungsverhältnis vor, so daß die Person die ganze Zeit hindurch auf Grund dieses Beschäftigungsverhältnisses als nach der Regel versichert anzusehen ist. Wird die Tätigkeit aber jedesmal auf vorherige besondere Vereinbarung oder Bestellung hin ausgeübt, so besteht ein solches dauerndes Beschäftigungsverhältnis nicht, vielmehr liegt in jedem Falle eine unständige Beschäftigung vor. Bei regelmäßiger Wiederkehr in fest bestimmten Zeitabschnitten besteht auch dann ein dauerndes Beschäftigungsverhältnis, wenn diese Zwischenräume sehr groß sind, z. B. bei einer Waschfrau, die alle vier Wochen zwei Tage in demselben Haushalt wäscht. Auf diese Weise entsteht eine fast unnatürliche Häufung von Arbeitsverhältnissen, die nebeneinander bestehen. Da die Versicherung solcher von mehreren Arbeitgebern gleichzeitig beschäftigten Personen schon wegen der von allen Arbeitgebern geforderten Anmeldung und Beitragszahlung große Schwierigkeiten und Belästigungen der Arbeitgeber mit sich bringt, so sollte dahin gestrebt werden, auch diese Beschäftigungsverhältnisse als unständige Beschäftigungen anzusprechen. Das ist vielfach auch in der Rechtsprechung versucht worden. Immerhin erscheint dies im Hinblick auf die bei Durchführung der Krankenversicherung bestehenden grundsätzlichen Anschauungen, die durch eine langjährige Praxis fest begründet sind, ohne eine besondere gesetzliche Unterlage nicht angängig. Hiernach wird gelegentlich der nächsten Novelle zur Reichsversicherungsordnung zu prüfen sein, ob durch eine andere Bestimmung des Begriffs des unständig Beschäftigten (§ 441 RVO.) erreicht werden kann, daß alle Beschäftigungsverhältnisse als unständig behandelt werden müssen, bei denen die Zwischenräume zwischen der einzelnen Tätigkeit von erheblich größerer Dauer sind, als die einzelne Tätigkeit selbst.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Abgabe an das Reichsversicherungsamt nach § 1693 RVO. kann nicht durch Vorentscheidung des Vorsitzenden erfolgen.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) vom 8. Mai 1916.

Die Klägerin, die bis zum 31. Dezember 1914 Mitglied der beklagten Kasse gewesen und am 24. Januar 1915 entbunden worden ist, hat Anspruch auf Wochenhilfe gemäß § 195 RVO. erhoben. Die Kasse hat den Anspruch abgelehnt, weil die Klägerin zur Zeit der Niederkunft nicht gegen Krankheit versichert gewesen ist; Anspruch auf Kriegswochenhilfe gemäß der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) bestehe nicht, da die Voraussetzungen des § 1 Ziff. 2 dieser Bekanntmachung nicht gegeben seien. Das Versicherungsamt hat durch Vorentscheidung die Klägerin mit ihrem Antrage abgewiesen. Gegen diese Entscheidung hat die Klägerin rechtzeitig Berufung eingelegt. Der Vorsitzende der Spruchkammer des Oberversicherungsamts hat darauf die Sache gemäß § 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben, weil es sich um die noch nicht festgestellte Auslegung des § 195 RVO. in der grundsätzlichen Frage handle, ob der Anspruch auf Wochengeld außer einer sechsmonatigen Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse auch die Fortdauer der Mitgliedschaft bei der in Anspruch zu nehmenden Kasse bis zum Tage der Niederkunft voraussetze. Das Oberversicherungsamt hält die Erfüllung auch dieser Voraussetzung für erforderlich. Die Abgabe der Sache gemäß § 1693 ist ausdrücklich ohne mündliche Verhandlung durch Vorentscheidung gemäß §§ 1657, 1679 erfolgt, weil der Vorsitzende der Spruchkammer den Ausführungen der Entscheidung 1654 (Amtl. Nachr. 1912 S. 1185), die eine Vorentscheidung im Falle des § 1693 nicht für zulässig hält, nicht beitreten zu können vermeint. § 1693 schreibe nichts vor, was der Anwendung des § 1657 entgegenstehe. Das Reichsversicherungsamt hat die Vorentscheidung des Vorsitzenden der Spruchkammer — also die Abgabe der Sache an das RVA. — aufgehoben aus folgenden Gründen:

Die vom Oberversicherungsamt aufgeworfene Frage aus § 195 RVO. ist von grundsätzlicher Bedeutung. Vorerst ist jedoch zu erörtern, ob die Abgabe der Sache in gesetzlicher Form erfolgt ist. Das war zu verneinen. Das Reichsversicherungsamt sah sich bei erneuter Prüfung der Frage nicht veranlaßt, von der Rechtsauffassung der Entsch. 1654 (Amtl. Nachr. 1912 S. 1185) abzugehen; demzufolge erübrigt sich auch eine Verweisung der Sache an den Großen Senat. Der Vorsitzende der Spruchkammer des Oberversicherungsamt Groß-Berlin übersieht, daß es sich bei der Abgabe gemäß § 1693 RVO. überhaupt nicht um eine mit einem Rechtsmittel anfechtbare Entscheidung handelt. In solchen Fällen sieht das Oberversicherungsamt von einer Entscheidung ab, sie wird dem Reichsversicherungsamt vorbehalten. Hätte der Gesetzgeber gegen die Abgabe durch den Vorsitzenden der Spruchkammer den Antrag auf mündliche Verhandlung zulassen wollen, so wäre dies im Gesetz gewiß gesagt worden. Selbstverständlich ist es jedenfalls nicht, und es liegt weder notwendig im Sinne der in Betracht kommenden Gesetzesvorschriften, noch würde eine solche Regelung unbedingt als zweckmäßig gelten können, da sich ein Streit über die Vorfrage der Abgabe erheben könnte, der erst durch Vorentscheidung, dann durch eine Entscheidung der Spruchkammer zu erledigen wäre, und es bliebe dann noch die Frage offen, ob nicht diese Entscheidung der Spruchkammer mit der Revision angefochten werden könnte. Wenn auch § 1693 RVO. Fälle betrifft, in denen die Revision ausgeschlossen ist, so könnte es sich doch fragen, ob nicht für die Vorfrage der Abgabe, als für einen Streitgegenstand von besonderer rechtlicher Eigenart, die Revision zulässig wäre (zu vgl. Rev.Entsch. 1653 und 1721 Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 1185 und 1913 S. 557). Die Erörterungen ergeben jedenfalls in Verbindung mit den Ausführungen der Entscheidung 1654 a. a. O., daß die Abgabe gemäß § 1693 RVO. sich nicht als eine anfechtbare Entscheidung darstellt, sondern als ein Beschluß, an den die Parteien gebunden sind und der nur durch das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) aufgehoben werden kann. Handelt es sich aber um einen solchen Beschluß, so findet § 1657 der Reichsversicherungsordnung schon aus diesem Gesichtspunkt keine Anwendung. Dafür, daß der Beschluß nicht durch den Vorsitzenden, sondern durch die Spruchkammer zu erlassen ist, kann auf die Begründung der Entscheidung 1654 verwiesen werden. Es konnte sich fragen, ob nicht das Reichsversicherungsamt die Vorentscheidung, da es sich in Wirklichkeit nicht um eine solche, sondern um einen Beschluß handelt, auch durch Beschluß hätte aufheben können. Da indessen der Weg der Vorentscheidung gewählt ist und gerade die Zulässigkeit dieses Weges besonders zu erörtern war, so hat das Reichsversicherungsamt auf Grund mündlicher Verhandlung durch Urteil entschieden und die Vorentscheidung aufgehoben. Das Oberversicherungsamt wird das Weitere zu veranlassen haben.

Ablehnung einer Spruchkammer (statt ihrer einzelnen Mitglieder) wegen Befangenheit ist unzulässig.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 11. Jan. 1916 (2873 Amtl. Nachr. 1916 S. 415).

Das Ablehnungsgesuch war als unzulässig zu verwerfen. Es richtet sich nicht gegen einzelne Mitglieder der Spruchkammer, sondern gegen diese selbst, die der Berufungskläger im ganzen von der Tätigkeit in seiner Berufungssache ausgeschlossen wissen will. Ein Richterkollegium als solches kann nach dem Gesetze wegen Befangenheit nicht abgelehnt werden, sondern, wie dies auch der Wortlaut des § 1643 RVO. deutlich zum Ausdruck bringt, nur das einzelne Mitglied des Gerichts. Das Mißtrauen gegen die Unparteilichkeit kann sich immer nur auf einzelne Mitglieder des Gerichts persönlich beziehen, nicht auf das Richterkollegium als Ganzes. Die Ablehnung einer Spruchkammer des Oberversicherungsamts wegen Besorgnis der Befangenheit ist daher unmöglich.

Die Ablehnungserklärung ist aber ausdrücklich gegen „die heutige Spruchkammer", also gegen das Spruchkollegium als solches gerichtet. Nach der Begründung der Ablehnung ist auch nicht anzunehmen, daß mit dieser Fassung jedes einzelne der gerade in der Sitzung vom 4. November 1915 tätig gewesenen Mitglieder der Spruchkammer als Einzelperson wegen Befangenheit hätte abgelehnt werden sollen. Denn die Ablehnung wird damit begründet, daß von der Spruchkammer wiederholt der Bezirksarzt Dr. R. als Gutachter zugezogen worden sei, und es ist dem Antragsteller als Arbeitersekretär wohl bekannt, daß die Spruchkammer dabei in wechselnder Besetzung tätig gewesen ist. Es kam ihm also bei der Ablehnung offenbar nicht darauf an, gerade die im Verhandlungstermine tätigen Mitglieder, sondern das Spruchkollegium als solches, gleichviel wer ihm als Mitglied angehören mochte, abzulehnen. Aber selbst wenn das Ablehnungsgesuch gegen die einzelnen Mitglieder der Spruchkammer in der Besetzung am Verhandlungstage gerichtet gewesen wäre, würde es unzulässig sein. Denn auch dann richtete es sich nur gegen die sämtlichen Richter, abgesehen von deren Persönlichkeit, in ihrer Eigenschaft als Mitglieder des Gerichts, wäre also in Wahrheit nichts anderes als die Ablehnung des Gerichts, der Spruchkammer selbst gewesen.

Verjährung der Vollstreckung von Strafen, die vor Geltung der RVO verhängt sind.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Leipzig** vom 14. Juli 1916 (II B. 257/15).

Eine Krankenkasse hatte einem Versicherten in den Jahren 1899 und 1904 je eine Ordnungsstrafe auferlegt und ließ diese nebst Kosten neuerdings beitreiben. Auf erhobenen Widerspruch erklärte das Versicherungsamt die Zwangsvollstreckung wegen Verjährung nach § 148 RVO. für unzulässig. Die hiergegen erhobene Beschwerde wurde vom Oberversicherungsamt verworfen mit folgender Begründung:

Für die Entscheidung des vorliegenden Falles sind die Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes 1667, Amtl. Nachr. 1912, S. 1200 und des Königl. Bayr. Landesversicherungsamtes vom 11. Oktober 1913, abgedruckt in den Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamtes Band I, S. 31, zum Vergleiche heranzuziehen. Es kann dahingestellt bleiben, ob vor Einführung der Reichsversicherungsordnung für Strafen der hier in Rede stehenden Art überhaupt keine oder eine 30jährige Verjährungsfrist bestanden hat. Auf jeden Fall ist durch § 148 der Reichsversicherungsordnung eine dem rechtskräftig Verurteilten günstigere Bestimmung getroffen worden. Nach § 2 Abs. 2 Reichsstrafgesetzbuch ist aber bei Verschiedenheit der Gesetze von der Zeit der begangenen Handlung bis zu deren Aburteilung das mildeste Gesetz anzuwenden. Was hier über die Strafverfolgung bestimmt ist, muß nach Lage der Sache sinngemäß auch von der Strafvollstreckung gelten. Ist daher die Reichsversicherungsordnung in diesem Sinne das mildere Gesetz, so kann eine Vollstreckung nur ergehen, wenn Verjährung gemäß § 148 RVO. noch nicht eingetreten ist. Für den Beginn der Fristberechnung ist nicht das Inkrafttreten der neuen Bestimmung, sondern der Zeitpunkt der letzten zulässigen Vollstreckungshandlung maßgebend. Dies war aber der 22. April 1908. Am 22. April 1910 waren daher die verhängten Strafen verjährt, soweit dies nicht nach dem letzten Satz der angezogenen Bestimmung bereits mit Ablauf von vier Jahren seit dem Tage, an dem die Verfügungen endgültig geworden waren, der Fall war.

Wenn der Kassenvorstand glaubt, unter Bezugnahme auf Art. 6 Einf.Ges. zur RVO. annehmen zu sollen, daß zurzeit, die seiner Ansicht nach bisher maßgebende 30jährige Verjährungsfrist noch nicht abgelaufen sei, so kann ihm hierin die Beschlußkammer nicht folgen, da Art. 6, wie sich aus der Fassung aus Absatz 2 ergibt, sich nur auf Fristen bezieht, die durch die bisherige Versicherungsgesetzgebung ausdrücklich festgesetzt worden war. Im vorliegenden Falle fehlte aber zugestandenermaßen eine solche Festsetzung und die Annahme einer 30jährigen Verjährung gründet der Kassenvorstand lediglich auf analoge Anwendung des § 195 BGB.

Hiernach hat die Vorinstanz ohne Rechtsirrtum festgestellt, daß eine Zwangsvollstreckung gegen L. wegen der über ihn verhängten Strafe nebst Gebühren nicht mehr zulässig ist. Die Beschwerde mußte deshalb verworfen werden.

B. Zur Krankenversicherung.

Portofreiheit in Sachen der Kriegswochenhilfe.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 10. August 1916.

Aus der Bekanntmachung des Reichspostamts vom 18. Dezember 1915 (Arb.Vers. 1916 Heft 9 S. 200) ergibt sich, inwieweit diese Portofreiheit auch für Sendungen der Krankenkassen besteht. Der vorliegende Bescheid des Reichsversicherungsamts äußert sich auf eine Anfrage des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen über die Form, in der die Sendungen der Krankenkassen als portofrei kenntlich zu machen sind.

Nach Artikel 2 des Regulativs über die Portofreiheiten ist zur Anerkennung der Portofreiheit der von den Krankenkassen in Angelegenheiten der Kriegswochenhilfe ausgehenden Postsendungen erforderlich, daß die Sendungen den Vermerk „Heeressache" und den Abdruck eines amtlichen Siegels oder Stempels, z. B. des Gemeindevorstehers, tragen. Es ist jedoch den Krankenkassen nachgelassen worden, bei Sendungen, die die Vermerke „Heeressache" und „Kriegswochenhilfe" tragen, den Abdruck ihres eigenen — nicht amtlichen — Stempels zu verwenden. Ein weiteres Zugeständnis kann den Krankenkassen nicht gemacht werden. Wenn daher die Krankenkassen ihre Sendungen nicht durch den Gemeindevorsteher abstempeln lassen wollen, muß ihnen anheimgestellt werden, einen eigenen Stempel zu beschaffen und die mit den Vermerken „Heeressache" und „Kriegswochenhilfe" versehenen Postsendungen mit dem Abdruck ihres eigenen Stempels zu versehen.

Keine Befreiung aus § 169 RVO., wenn der Arbeitgeber befugt ist, statt Krankenhilfe einen Geldbetrag zu leisten.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 27. Mai 1916.

Eine seit mehreren Jahren bei der Gemeindeverwaltung beschäftigte Bureaugehilfin (Stenotypistin) gehörte früher der Allgemeinen Ortskrankenkasse an. Nach Erlaß des Ortsstatuts für die Gemeinde St. über die Befreiung der in Betrieben oder im Dienst der Gemeinde Beschäftigten von der Krankenversicherungspflicht beantragte die Gehilfin bei der bezeichneten Kasse ihre Weiterversicherung. Diesen Antrag lehnte die Kasse ab. Das angerufene Versicherungsamt entschied, daß die Gehilfin versicherungsfrei sei und sich daher freiwillig weiter versichern könne. Auf Beschwerde der Kasse gab das Oberversicherungsamt die Sache gemäß §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt ab und äußerte seine Rechtsauffassung dahin, daß die Gehilfin versicherungs**pflichtig** sei. Das Reichsversicherungsamt ist der Auffassung des Oberversicherungsamts beigetreten aus folgenden **Gründen:**

§ 1 des vorstehend bezeichneten Ortsstatuts lautet: „Den in Betrieben oder Diensten der Gemeinde Berlin-St. Beschäftigten, welche der Krankenversicherungspflicht nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung unterliegen, wird gemäß § 169 RVO. im Krankheitsfalle entweder Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Ortskrankenkassen (§ 179 RVO.), oder für die gleiche Zeit Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet. Das Gleiche gilt für Lehrer und Lehrerinnen, sowie Erzieher und Erzieherinnen der öffentlichen Schulen und Anstalten der Gemeinde Berlin-St. Die Entscheidung darüber, was nach vorstehendem den Erkrankten gewährt werden soll, steht lediglich dem Gemeindevorstande zu. Diesem ist es auch überlassen, wenn nur Behandlungsbedürftigkeit der Erkrankten vorliegt, an Stelle der Regelleistungen der Ortskrankenkasse den halben Betrag des Krankengeldes als Krankenhilfe zu gewähren. Als Krankengeld wird derjenige Betrag berechnet, den der Beschäftigte erhalten würde, wenn er am Tage der Erkrankung der hiesigen Ortskrankenkasse als Mitglied angehört."

Wie das Oberversicherungsamt zutreffend hervorhebt, entsprechen diese Bestimmungen nicht den Voraussetzungen des § 169 RVO. Nach § 1 Satz 4 des Statuts ist es dem Gemeindevorstand überlassen, wenn nur Behandlungsbedürftigkeit vorliegt, an Stelle der Regelleistungen der Ortskrankenkasse den halben Betrag des Krankengeldes als Krankenhilfe zu gewähren. In solchen Fällen soll also unter Umständen die ärztliche Behandlung in Geld abgegolten werden. Es ist aber grundsätzlich unzulässig, an Stelle der im Gesetz bestimmten Sachleistungen Barleistungen oder an Stelle der Barleistungen Sachleistungen zu gewähren. Dies gilt insbesondere für die ärztliche Behandlung, die den Versicherten als ein Teil der Krankenpflege nach § 182 Nr. 1 RVO. zu gewähren ist. Nur in Ausnahmefällen, soweit es die Satzung mit gesetzlicher Ermächtigung bestimmen kann (§ 193 Abs. 3 RVO.), oder beim Vorliegen besonderer Tatumstände (§§ 217, 370) kann eine Barleistung an Stelle der ärztlichen Behandlung gewährt werden. Aehnlich hat der Versicherte in dringenden Fällen, wo eine Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung seitens der Kasse nicht möglich war, einen Anspruch auf Ersatz seiner Auslagen (§ 368 Satz 2). Im übrigen ist die ärztliche Behandlung in Natur zu leisten (zu vgl. Entsch. 1808, Amtl. Nachr. 1914 S. 379). Hiernach ist die Auffassung der Beschwerdeführerin, daß Fräulein P. nicht als versicherungsfrei im Sinne des § 169 gelten könne,

zutreffend. Die angefochtene Entscheidung war daher aufzuheben und Fräulein P. versicherungspflichtig zu erklären. Ob im übrigen das Ortsstatut formell gültig zustande gekommen ist, muß dahingestellt bleiben. Darüber ist von den Instanzen der Reichsversicherung nicht zu entscheiden.

Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen die Krankenkasse für Anstaltskleidung. Teilung zwischen Orts- und Landarmenverband.

Entsch. des **Versicherungsamts der Stadt Kiel** vom 28. Juli 1916 (G. St. L. 16).

Der Seemann P. erkrankte als Mitglied der beklagten Betriebskrankenkasse am 1. Mai 1915 an Gemütsstörung und trat in ärztliche Behandlung; für die Zeit vom 1. bis zum 8. Mai bezog er von der Beklagten nach einem Grundlohn von 5 ℳ Krankengeld für 5 Tage im Betrage von 12,50 ℳ. Vom 9. Mai bis zum 16. August 1915 gewährte die Beklagte ihm Krankenhauspflege in der Psychiatrischen Klinik mit einem Aufwand von insgesamt 278,10 ℳ (je 2,75 ℳ für 100 Tage, 3 ℳ für eine Blutuntersuchung und 10 Pf. für Porto). In der Zeit vom 17. August bis zum 2. November 1915 war er, da die Beklagte die Kosten seiner Ueberführung und Einkleidung nicht übernehmen wollte für Rechnung des Landarmenverbandes in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt untergebracht. An Verpflegungskosten hat die Beklagte dem Landarmenverband für diese Zeit für 78 Tage je 2 ℳ, mithin 156 ℳ erstattet. Die Kosten der Einkleidung zwecks Aufnahme in die Heilanstalt in Höhe von 83,35 ℳ hat der klagende Ortsarmenverband getragen; die Beklagte hat ihm daraufhin für die Zeit vom 17. August bis 2. Nov. 1915 für 67 Werktage den Unterschied zwischen dem Verpflegungsgeld von 2 ℳ den Tag und dem Krankengeld von 2,50 ℳ den Tag mit 33,50 ℳ ersetzt, weigert sich dagegen den Restbetrag von 49,85 ℳ zu übernehmen.

Das Versicherungsamt verurteilte die Kasse zur Ersatzleistung von noch 47,44 ℳ und wies die Mehrforderung des Ortsarmenverbandes ab. — Aus den Gründen:

.... In der Sache ist der Standpunkt des Klägers im wesentlichen begründet. Er hat als zuständiger Armenverband für den Unterhalt des P. — dazu gehört auch die Gewährung von Bekleidung — insofern gesorgt, als er die für die Aufnahme in die Heilanstalt auf Grund der Krankheit erforderliche Bekleidung gewährt hat (§§ 1531, 1532 RVO.); er kann daher nach § 1533 Ersatz verlangen, und zwar aus den „entsprechenden Kassenleistungen" (§ 1533 Nr. 3), d. h. aus dem Krankengeld, das ja dem Unterhalt dient.

Freilich ist im Bereich der außerordentlichen Armenlast grundsätzlich nur der Landarmenverband, nicht der ihm erstattungspflichtige Ortsarmenverband ersatzberechtigt (Preuß. Ob.Verw.Ger. 42 S. 346) die Beschaffung der Kleidung, soweit sie Vorbedingung für die Aufnahme in die Anstalt ist, gehört jedoch noch nicht zu den Verpflichtungen des Landarmenverbandes, sondern zur regelmäßigen Armenlast des Ortsarmenverbandes (Preuß. OVG. 20. Dezember 1895 in Pr. Verw.Bl. Bd. 17 S. 208); daß der Kläger und nicht der Landarmenverband hier als forderungsberechtigt in Frage kommt, ist danach nicht zu bezweifeln.

Daß die Beklagte selbst nicht verpflichtet ist, Bekleidung zu gewähren, ist belanglos; entscheidend ist, daß der Kläger es getan hat und nach armenrechtlichen Vorschriften tun mußte; ihm steht als Ersatz für diese teilweise Unterhaltsgewährung der Zugriff auf das Krankengeld offen (vgl. Preuß OVG. in Entsch. Bd. 41 S. 358 sowie in Arb.Vers. 1906 S. 416 und 1910 S. 95); der nach § 1532 RVO. erforderliche ursächliche Zusammenhang zwischen der Armenunterstützung, die der Kläger gewährt hat, und der Krankheit, für welche die Beklagte leistungspflichtig ist, liegt ohne weiteres vor.

Auch aus dem Gesichtspunkt, daß der Armenverband nur Ersatz fordern kann für seine Leistungen während der Zeit, während welcher der Versicherte Anspruch auf Leistungen gegen die Kasse hat, sind Bedenken nicht zu erheben; die gelieferten Kleider hielten offenbar über den 2. November, dem Ende der Leistungspflicht der Beklagten, hinaus (vgl. Entsch. des Bundesamts für das Heimatwesen Bd. 43 S. 31). Ueberdies ist hier zu beachten, daß der Versicherte vollen Unterhalt in einer Anstalt auf Armenrechnung erhalten hat und daher sein ganzes Krankengeld zur Deckung der Kosten hergeben muß. Welchen Aufwand die beiden Armenverbände tatsächlich gehabt haben und wie er sich unter sie verteilt, ist nicht maßgebend (Grunds. Entsch. d. RVA. 2095 Amtl. Nachr. 1915 S. 679); denn das Gesetz selbst fixiert den erstattungsfähigen Aufwand für Unterhalt im Krankenhaus auf die Hälfte des Grundlohns (§ 1533 Nr. 3), mithin hier auf den Betrag des Krankengeldes für den Tag, insgesamt also, da der Unterhalt auch an Sonn- und Feiertagen gewährt wird, auf mehr als das Krankengeld, so daß dessen volle Inanspruchnahme für beide Armenverbände zusammen jedenfalls gerechtfertigt bleibt.

Dieser Sachverhalt wird dadurch verwickelt, daß die Beklagte bereits dem Landarmenverband Ersatz der Verpflegungskosten in Höhe von 156 ℳ gewährt hat. Dabei ist, wie das Anschreiben des Landarmenverbandes und die Antwort der Beklagten ergibt, irgend welche Unterscheidung zwischen Unterhaltskosten, die aus dem Krankengeld, also zu Lasten des Versicherten, zu bestreiten sind (1533 Nr.3), und Krankenpflegekosten, die aus den allgemeinen Mitteln der Beklagten zu bestreiten sind (§ 1533 Nr. 2), nicht

gemacht worden. Es kann nach Lage der Sache nicht zweifelhaft sein, daß der Landarmenverband ohne Rücksicht auf seinen tatsächlichen Aufwand (Entsch. 2095, Amtl. Nachr. 1915 S. 679) berechtigt gewesen wäre, Ersatz noch über den vom Kläger bezeichneten Umfang hinaus, nämlich genauer (— die Beklagte hatte gemäß § 183 RVO. vom 4. Mai an für 183 Tage, also bis zum 2. Nov. 1915 einschließlich zu leisten, mithin vom 17. Aug. ab für 78 Tage als Ersatz für Krankenpflege 78 . $^3/_8$. 5 und für 67 Werktage je 2,50 ℳ Krankengeld —) in Höhe von 146,25 ℳ gemäß § 1533 Nr. 2 und 167,50 ℳ gemäß § 1533 Nr. 3 von der Beklagten zu fordern, in welchem Falle er sich dann allerdings mit dem Kläger, der ja an der Gewährung des vollen Unterhalts, jedenfalls für die hier in Frage stehende Zeit, durch die Kleiderbeschaffung beteiligt war, wegen deren Kosten hätte auseinandersetzen müssen. Da der Landarmenverband sich 156 ℳ hat erstatten lassen, würden für den Kläger, der mit dem Landarmenverband zusammen gemäß §§ 1506 Abs. 2 1507, 1533 Ersatz aus dem vollen Krankengeld fordern kann, von diesem noch 11,50 ℳ für den Kläger übrig sein, wenn man die ganzen an den Landarmenverband gezahlten 156 ℳ auf das Krankengeld verrechnen würde. Damit würde aber der Kläger benachteiligt. Vielmehr ist, auch ohne daß die Beteiligten sich darüber klar geworden sind, der Betrag von 156 ℳ zu zerlegen nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften (§ 1503), wonach für Krankenpflege $^3/_8$, für den Unterhalt im Krankenhaus $^4/_8$ des Grundlohns anzusetzen sind; nach der Gleichung $X : 156 = 4 : (3 + 4)$ entfallen mithin von den 156 ℳ, die der Landarmenverband gefordert hat, auf den Unterhalt im Krankenhaus 89,14 ℳ, die gemäß § 1533 Nr. 3, 1506 Abs. 2 aus dem Krankengeld, das die Beklagte dem P. für die betreffende Zeit zu gewähren haben würde, also zu dessen Lasten, in voller Höhe zu decken sind, während der Rest von der Kasse zu eigenen Lasten zu decken ist.

In das Krankengeld von 167,50 ℳ müssen sich danach der Landarmenverband mit einem Aufwand von 89,14 ℳ und der Kläger mit einem Aufwand von 83,35 ℳ teilen (vgl. Entsch. 2118 Amtl. Nachr. 1915 S. 772); dem Landarmenverband, wie in dem Falle der genannten Entscheidung, vorweg das halbe Krankengeld zuzuweisen und ihn mit dem Rest seiner Aufwendungen an der anderen Hälfte anteilig teilnehmen zu lassen, liegt hier kein Grund vor, da er hier den vollständigen Unterhalt nicht, wie in jenem Falle, allein, sondern nur mit dem Kläger, der für die Bekleidung gesorgt hat, zusammen gewährt hat. Dann aber verbleiben für den Kläger nach der Gleichung $(89{,}14 + 83{,}35) : 83{,}35 = 167{,}50 : X = 80{,}94$ ℳ Krankengeld verfügbar; dieser noch vorhandene Krankengeldrest unterliegt gemäß § 1507 dem Zugriff des Klägers in voller Höhe.

Ganz unbegründet ist der Einwand der Beklagten, daß sie bereits über den Höchstbetrag ihrer Leistungen hinaus geleistet habe und daher zu nichts mehr verpflichtet sei. Sie übersieht dabei, daß sich ihre Verpflichtung keineswegs darin erschöpft, für 26 Wochen Kranken g e l d zu leisten, sondern daß sie auch Kranken p f l e g e zu gewähren hat. Wenn sie diese, wie sie es vom 9. Mai bis 15. August getan hat, im Krankenhaus mit einem Kostensatz von 2,75 ℳ gewährt, so muß sie für diese Zeit für jeden Werktag 25 Pf. und für jeden Sonn- und Feiertag 2,75 ℳ über das Krankengeld hinaus zahlen und wenn sie es dem Armenverband überläßt, die Krankenpflege in der Anstalt zu gewähren, so muß sie nicht nur das Krankengeld als Ersatz für den Unterhalt in der Heilanstalt hergeben, sondern auch noch $^3/_8$ des Grundlohns für jeden Tag der Krankenpflege zahlen, also insgesamt weit mehr als die bloße Summe des Krankengeldes. Der Irrtum der Beklagten in diesem Punkte liegt auf der Hand.

Damit erledigt sich auch ohne weiteres ihre Widerklage. Ihre Zulässigkeit im Verfahren ist, obwohl sie im Gesetz nicht vorgesehen ist, in Anlehnung an den Zivilprozeß nicht zu beanstanden, desgleichen die sachliche Zuständigkeit des Versicherungsamts für sie unbedenklich anzunehmen, da auch die Rückforderung vermeintlich zu Unrecht geleisteten Ersatzes unbedenklich als Ersatzstreit im Sinne des § 1540 RVO. anzusehen ist. In der Sache ist sie aber nach dem, was oben dargelegt ist, unbegründet.

Aber auch der Kläger muß mit einem Teil seiner Klagforderung abgewiesen werden. Zu erhalten hat er, wie oben nachgewiesen, 80,94 ℳ, nicht 83,35 ℳ. Bereits erhalten hat er davon 33,50 ℳ, sodaß ihm statt der geforderten 49,85 ℳ nur 47,44 ℳ zustehen.

Demgemäß war, wie geschehen, zu entscheiden, ohne daß es einer weiteren Beteiligung des P. am Verfahren bedurfte, da er durch seinen Vertreter der Ersatzleistung zugestimmt hat.

Gegen diese Vorentscheidung ist nur die Berufung an das Königl. OVA. in Schleswig zulässig (§ 1776). Sie ist beim Versicherungsamt binnen einem Monat nach Zustellung einzulegen. Das Oberversicherungsamt legt dem unterliegenden Teil eine Gebühr auf.

C. Zur Unfallversicherung.

Anspruch des unehelichen Kindes auf Rente bei Heilanstaltspflege des Vaters.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 28. Jan. 1916 (2878 Amtl. Nachr. 1916 S. 499).

Zu der Frage, wie die Worte des § 588 RVO. „soweit der Verstorbene ihm (dem unehelichen Kinde) nach gesetzlicher Pflicht Unterhalt gewährt hat" auszulegen sind, hat das Reichsversicherungsamt bereits in einer grundsätzlichen Rekursentscheidung vom 13. November 1915 (Ia 4879/14, Amtl. Nachr. 1916 S. 399 Nr. 2856)*) Stellung genommen. Dagegen ist vom Reichsversicherungsamte darüber noch nicht entschieden worden, ob dem unehelichen Kinde für die Dauer der Heilanstaltsbehandlung seines Vaters ein Rentenanspruch auch dann zusteht, wenn der Vater dem Kinde den Unterhalt lediglich aus seiner Unfallrente gewährt hat. Im Falle der Einweisung des Verletzten in eine Heilanstalt zum Zwecke der Behandlung kommt die Unfallrente in Fortfall. Die Angehörigen würden infolgedessen oft in eine wirtschaftliche Notlage geraten und dem Verletzten selbst könnte daher die Heilanstaltsbehandlung nicht zugemutet werden, wenn die Berufsgenossenschaft nicht den Angehörigen eine besondere Unterstützung zu gewähren hätte. Der Zweck der Angehörigenrente ist also, denjenigen eine Beihilfe zu gewähren, deren Unterhalt der in dem Krankenhause Untergebrachte bisher bestritten hat. Den Angehörigen soll in einem gewissen Umfang der wirtschaftliche Schaden ersetzt werden, den sie infolge der Heilanstaltsbehandlung des Verletzten erleiden. Die Annahme, daß dieser Ersatz nicht zu leisten sei, wenn der Verletzte die zum Unterhalte seiner Angehörigen erforderlichen Mittel aus seiner Unfallrente bestritten habe, würde nicht nur keine Stütze im Gesetze finden, sondern sogar in Widerspruch mit dem erwähnten Zwecke der Angehörigenrente stehen. Die Beklagte könnte sich zur Begründung ihres Standpunkts auch nicht etwa darauf berufen, daß im Falle des Todes des Verletzten seinen Angehörigen nach den §§ 593 und 594 RVO. eine Rente nur zusteht, wenn er die Angehörigen aus seinem Jahresarbeitsverdienst unterhalten hat. Denn die Unfallrente soll einen Ersatz des Arbeitsverdienstes bilden, der dem Verletzten infolge des Unfalls entgeht. Daß im vorliegenden Falle der Verletzte den Unterhalt der Klägerin tatsächlich zu einem nicht unerheblichen Teile bestritten hat, konnte nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht zweifelhaft sein. Nach der bereits erwähnten grundsätzlichen Entsch. vom 13. November 1915 aber steht dem unehelichen Kinde ein Entschädigungsanspruch gemäß § 588 auch dann zu, wenn der Vater seiner gesetzlichen Unterhaltspflicht nicht in vollem Umfang nachgekommen ist. Hiernach mußte die Beklagte verurteilt werden, der Klägerin die gesetzliche Entschädigung nach § 598 zu gewähren.

*) Arb.Vers. 1916, Heft 14 S. 326.

Unfall eines Musikers der Grubenkapelle, bei Mitwirkung an einer Festlichkeit auf Veranlassung der Verwaltung, als Betriebsunfall.

Rekursentsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 11. Mai 1916 (Ia 4353/13).

Streitig ist, ob eine Schußverletzung am Kopfe, die der Kläger gelegentlich einer Theateraufführung eines Vereins durch Versehen eines Theaterspielers erlitt, einen entschädigungspflichtigen Unfall darstellt, weil der Kläger an dieser Festlichkeit als Mitglied der Grubenkapelle und auf Anordnung des Kapellmeisters mitwirkte. Maßgebend ist der § 3 GUVG., wonach sich die Versicherung auf häusliche und andere Dienste erstreckt, zu denen versicherte Personen neben der Beschäftigung im Betriebe von ihren Arbeitgebern oder von deren Beauftragten herangezogen werden. Daß der Kläger zu den versicherten Personen gehört, ist von der Beklagten ausdrücklich zugestanden worden, wird auch durch die Auskunft der Kgl. Berginspektion I vom 27. Dezember 1915 erwiesen. Ebenso steht fest, daß der Kläger durch den Kapellmeister im Einverständnis mit der Grubenverwaltung zu der Mitwirkung an der Festaufführung herangezogen worden ist. Denn nach der schon erwähnten Auskunft der Kgl. Berginspektion werden die Musiker auf Grund der Arbeitsordnung angelegt, und es werden die Arbeiter, die zugleich Musiker sind, bei der Anlegung verpflichtet, bei Privatmusikgeschäften gegen Bezahlung mitzuwirken. Weigert sich ein solcher Arbeiter (Musiker) wiederholt ohne triftige Gründe, den Anforderungen nachzukommen, so kann er auf Antrag des Kapellmeisters entlassen werden. Solche Entlassungen sind auch tatsächlich zu verschiedenen Malen eingetreten. Zweifelhaft ist dagegen, ob die Musikertätigkeit des Klägers zu den „anderen Diensten" im Sinne des § 3 GUVG. gerechnet werden kann. Zwar umfaßt der Begriff „andere Dienste" nach der Rechtsprechung Dienstleistungen aller Art, gelegentliche und ständige, häusliche und gewerbliche, private und öffentliche

(zu vgl. Handb. der Unfallvers. I S. 225, Anm. 6 zu § 3 GUVG.), aber immer ist dabei doch an Dienstleistungen gedacht, an denen der Arbeitgeber oder sein Beauftragter ein wesentliches eigenes Interesse hat, sei es auch nur das Interesse, einem Dritten eine Gefälligkeit zu erweisen. Die Musikaufführung der Kapelle, an der der Kläger am Unfalltage mitwirkte, ging jedoch auf deren eigene Rechnung. Die Grube zog von solchen Aufführungen keinen Gewinn, der Erlös wurde vielmehr unter die Musiker verteilt. Ebensowenig handelte es sich um eine Gefälligkeitsleistung der Grube oder deren Beauftragten gegenüber dem das Fest veranstaltenden Verein, wenigstens ist das Gegenteil nirgends gesagt. Der Betrieb hatte höchstens ein unmittelbares Interesse an der Mitwirkung seiner Arbeiter, insofern als er sich einen Stamm guter Musiker für die Grubenveranstaltungen sichern wollte, und es nur konnte, wenn die Musiker Aussicht auf Nebeneinnahme aus der Mitwirkung an Privatfestlichkeiten hatten. Der Senat hat nicht verkannt, daß das Band, welches die Arbeiter während einer solchen Tätigkeit mit dem Betriebe verknüpft, unter diesen Umständen kein enges ist. Dennoch hat er gegenüber dem Wortlaut des Gesetzes keinen Grund gesehen, der Bestimmung eine einschränkende Auslegung zu geben, um so weniger, als ihr doch der sozialpolitische Gedanke zugrunde liegt, den Arbeiter in möglichst weitem Umfange gegen die Unfallgefahren zu sichern, die ihm aus der wirtschaftlichen Abhängigkeit von seinem Arbeitgeber oder dessen Beauftragten erwachsen. Zwar hat das Reichsversicherungsamt in einer Rekursentscheidung vom 12. Oktober 1903 (Prozeßliste 11 360/02)) dem Mitglied einer Grubenkapelle für einen Unfall, den es während der Mitwirkung an einer privaten Musikaufführung erlitt, die Unfallentschädigung versagt; doch hatten sich dort die Musiker, die in den Grubendienst traten, nur untereinander zur Mitwirkung an privaten Musikaufführungen verpflichtet, während es hier die Grubenverwaltung selbst ist, die die Musiker zur Mitwirkung veranlaßt.

Aus allen diesen Gründen hat das Reichsversicherungsamt die Entschädigungspflicht der Beklagten anerkannt.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1916 S. 179 ff.).

Nr. 124. Ein Korrektor einer Druckerei, der dem Faktor unterstellt ist und selbst keine Anordnungsbefugnisse gegenüber anderen im Druckereibetriebe beschäftigten Personen besitzt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn er gelegentlich fremdsprachliche Korrekturen liest.

Nr. 125. Bei Berechnung von ihrem Betrage nach nicht feststehenden Bezügen (§ 17 Satz 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) ist in dem Falle, daß dem Versicherten diese Bezüge nicht während eines vollen Jahres zugeflossen sind, der Durchschnittsbetrag eines möglichst langen Zeitraums, während dessen er die Bezüge tatsächlich erhalten hat, zu Grunde zu legen.

Nr. 126. In den Fällen des § 210 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte hat das Oberschiedsgericht zu prüfen, ob es sich um eine noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt. Ist dies zu verneinen, so ist der Abgabebeschluß des Schiedsgerichts aufzuheben und die Sache an das Schiedsgericht zurückzuverweisen.

Nr. 127. Maurer- und Zimmerpoliere in kleineren Betrieben, die von dem Geschäftsinhaber oder dessen sachkundigen Angestellten fortlaufend angeleitet und überwacht werden und einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit auf die körperliche Mitarbeit verwenden, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 128. Der Steuermann eines Schleppkahns, der dem Befehl des Schleppdampferführers untersteht und außer der Bedienung des Steuers auch alle an Bord sowie an Land beim Laden und Löschen vorkommenden Arbeiten mit zu verrichten hat, ist kein Angestellter im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 6 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, auch wenn er den Befehl über die Bootsleute führt, Mannschaften annehmen und entlassen darf und kurze Strecken talwärts frei fährt.

Nr. 129. Die Weigerung der Angestellten, sich die Versicherungskarte gemäß § 188 Satz 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ausstellen zu lassen, befreit den Arbeitgeber nicht von der ihm nach § 176 obliegenden Beitragspflicht.

Nr. 130. 1. Ein Küster, der den Altar zum Gottesdienst herzurichten, dem Priester beim Ankleiden behilflich zu sein, Kirche und Sakristei zu reinigen und in Ordnung zu halten, die Kirchengeräte zu verwahren und rein zu halten, die Sonn- und Feiertage einzuläuten, bei Krankenversehgängen die Laterne zu tragen und hierbei ebenso wie bei Trauungen, Taufen und Be-

erdigungen dem Priester zu respondieren hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

2. Bei Prüfung der Frage nach dem Hauptberuf einer Person sind nur solche Tätigkeiten zu berücksichtigen, welche nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte der Versicherungspflicht unterliegen. Demzufolge bleiben außer Betracht solche Tätigkeiten, welche nur nach der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig sind.

Nr. 131. Ein Schachtmeister in einem Tiefbaugeschäft ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn er Aufzeichnungen über die Arbeitszeit zu bewirken hat, in gewissem Umfang Arbeiter annehmen und entlassen darf, für den vorschriftsmäßigen Zustand der Baustelle verantwortlich ist und wegen der rechtzeitigen Ergänzung der Baustoffe dem Arbeitgeber Meldung zu machen hat.

Nr. 132. Ein Hotelpförtner mit einem monatlichen Durchschnittseinkommen von 200 ℳ einschließlich freien Essens, welcher fremde Sprachen nicht beherrscht, die Hausdiener in bezug auf die Besorgung des Gepäcks mit Anweisungen zu versehen und zu überwachen, den Gästen vertretungsweise Zimmer anzuweisen, das Fremdenbuch zu führen, und den Gästen in üblicher Weise mit Rat und Auskunft an die Hand zu gehen hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 133. § 365 Abs. 1 Satz 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gilt für Wohlfahrtseinrichtungen im Sinne des § 370 nur in Höhe der von der Reichsversicherungsanstalt zu gewährenden Leistungen, darüber hinaus nur insoweit, als den Mitgliedern ein Rechtsanspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen zusteht.

Nr. 134. Ein Zuschneider, der Modellkostüme und -Mäntel für Damen nach Maß kopiert, bis zu 14 Schneidergehilfen beaufsichtigt und bei den Anproben zugezogen wird, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn er bei den Näharbeiten selbst mit Hand anlegt.

Nr. 135. Der Vorsitzende des Rentenausschusses ist nicht gehindert, wenn auf seine Anordnung eine mündliche Verhandlung stattgefunden hat, von einer weiteren mündlichen Verhandlung für spätere Abschnitte des Verfahrens Abstand zu nehmen. In solchen Fällen muß aber den Beteiligten die Aenderung vor der Entscheidung mitgeteilt werden; ebenso sind den Beteiligten rechtzeitig die Ergebnisse einer Beweisaufnahme mitzuteilen, so daß ihnen vor der Entscheidung Gelegenheit zur Aeußerung bleibt.

Sprechsaal.

Kriegswochenhilfe: Zum Begriff des Kriegsteilnehmers.

Nach § 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 über Wochenhilfe während des Krieges wird Wochenhilfe gewährt, wenn der Ehemann der Wöchnerin, in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leistet." Frau M. kam nieder am 13. November 1915 vorm. 11 Uhr. Ihr Mann hatte Order zu diesem Tage auf vormittag 11¾ Uhr, das heißt, um diese Zeit mußte er sich in der Kaserne in A. vorstellen. Er mußte, um pünktlich an Ort und Stelle zu sein, vormittag 9 Uhr mit der Bahn vom Heimatort wegfahren. Tat er während der Zeit der Niederkunft seiner Frau Kriegsdienste? Die Frage würde zu bejahen gewesen sein, wenn M. an dem Tage eingestellt worden wäre. Er wurde aber als überzählig entlassen. Man wird nicht sagen können, daß er Heeresdienst im Sinne des Gesetzes leistete. Das Kriegswochenhilfegesetz gewährt vorläufig eben nur — mit Ausnahme von § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 — den Familien derjenigen Wochenhilfe, die infolge der Teilnahme am Krieg nicht zur Bestreitung der Wochenbettkosten in der Lage sind. Das traf aber bei M. nicht zu. Der eine Vormittag, den er durch die Fahrt nach der Kaserne versäumt hat, macht ihn nicht unfähig, die Kosten selbst zu bestreiten. Hat er etwa durch die Order seine Stellung verloren, und ist arbeitslos geworden, so ist das zwar eine Folge davon, daß er seine Dienste dem Vaterland zur Verfügung stellen wollte und sollte, es ist aber doch nur eine mittelbare Folge. Auf den Verlust seiner Stellung kann er sich ebensowenig berufen, wie der, der schon am Tage des Empfangs der Order seine Stellung verliert, ohne daß er jemals Heeresdienste tut, ja auch nur zur Gestellung in die Garnison fährt. Anders war der Fall zu entscheiden, wo ein Ersatzreservist zu einem dreitägigen Pferdetransport kommandiert war. Seine Frau kam am zweiten Tage nieder. Er leistete tatsächlich zur Zeit der Niederkunft Kriegsdienst. Seine Frau hatte Anspruch auf die Wochenhilfe. Die Ungleichheiten, die in beiden Fällen bestehen, sind zwar nicht gerade erwünscht, lassen sich aber durch Interpretationskünste nicht beseitigen.

Assessor Dr. Erbe in Ronneburg S.-A.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Geschäftsberichte der Ortskrankenkassen auf das Jahr 1915.

Die Geschäftsberichte der Krankenkassen sind in vieler Hinsicht ein Spiegelbild der wirtschaftlichen Vorgänge der Zeit, für die sie aufgestellt sind. In ganz besonderem Maße trifft das zu auf Zeiten, die so reich bewegt sind wie die gegenwärtigen. Das Jahr 1915 fällt vollständig in den Weltkrieg. Es ist daher nur natürlich, daß die Geschäftsberichte der Krankenkassen auf das Jahr 1915 vor allem die Kriegswirkungen erkennen lassen. Daneben finden sich aber auch noch eine Reihe bemerkenswerter Mitteilungen in den Berichten, die Zeichen der sozialpolitischen Zustände und Bestrebungen sind. Aus der Fülle der uns zugegangenen Berichte seien folgende Beispiele herausgegriffen.

Was zunächst die äußere Organisation der Krankenversicherung anbetrifft, so klagt die Allgemeine Ortskrankenkasse Köln mit Recht über die noch trotz der Reichsversicherungsordnung herrschende Zersplitterung des Krankenkassenwesens. Bestehen doch in Köln noch 6 Ortskrankenkassen, 63 Betriebskrankenkassen und 13 Innungskrankenkassen. In Nordhausen mußte die Ortskrankenkasse der Maurer, die trotz Einführung der Reichsversicherungsordnung als Besondere Ortskrankenkasse weiter bestand, geschlossen werden, weil sie vollkommen in Vermögensverfall geraten war. Dieser Fortschritt in der Zentralisation des Krankenkassenwesens in Nordhausen wurde dadurch wieder aufgehoben, daß mit dem 1. April 1915 eine Landkrankenkasse für den Stadtkreis errichtet wurde, der die Allgemeine Ortskrankenkasse eine „Mitgift" von 9072 ℳ auszahlen mußte. In der Stadt Posen bestehen neben der Allgemeinen Ortskrankenkasse (mit 3158 männlichen und 9662 weiblichen Mitgliedern (!) am Jahresschlusse) noch zehn Besondere Ortskrankenkassen. Aus dieser Sachlage ergeben sich, wie die Allgemeine Ortskrankenkasse mitteilt, zahlreiche Streitfälle. Im Gegensatz hierzu ist es erfreulich, wenn die Ortskrankenkasse Dohna berichtet, daß sich freiwillig zwei Betriebskrankenkassen auflösten und der Ortskrankenkasse ein Vermögen von 10 479 ℳ mitbrachten. Wie selbst eine Zusammenlegung auf weite räumliche Gebiete möglich ist, zeigt die Ortskrankenkasse für den Kreis Sondershausen, die sich auf 50 größere Ortschaften erstreckt und in jeder eine Zahlstelle unterhält.

Die Mitgliederbewegung war eine sehr wechselvolle. Hatten fast überall die Mitgliederzahlen von Kriegsbeginn bis Anfang des Jahres 1915 stark abgenommen, so brachte das Berichtsjahr wieder eine, wenn auch nicht erhebliche Steigerung. Bei der größten Krankenkasse, die wir nach Einführung der Reichsversicherungsordnung und der damit in Zusammenhang stehenden Zentralisation des Krankenkassenwesens besitzen, der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin, verminderte sich die Mitgliederzahl von 510 000 in der Mitte des Jahres 1914 auf 372 000 am Ende desselben Jahres. Sie erhöhte sich dann wieder auf 400 015 Ende 1915. Bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse München war die Mitgliederzahl zu den gleichen Zeiten 185 000, 149 000 und 164 142. Durch die Beschränkung des gewerblichen Lebens verloren manche Kassen aber auch ständig und erheblich. Bei der Ortskrankenkasse Falkenstein i. V. verminderte sich die Mitgliederzahl infolge des Daniederliegens der Stickerei- und Gardinen-Industrie von 5056 am 1. Aug. 1914 auf 1808 am 31. Dezember 1915. Bei der Ortskrankenkasse Apolda, die viele Wollwarenfabriken umfaßt, ging die Mitgliederzahl von 10 522 im Jahre 1914 auf 5845 im Jahre 1915 zurück.

Schon durch anderweite Erhebungen ist die große Verschiebung im Verhältnis der Zahl der männlichen zu den weiblichen Mitgliedern festgestellt worden. Bei vielen Kassen ist die Zahl der weiblichen Mitglieder erheblich größer als die der männlichen. So hat die Ortskrankenkasse Kötzschenbroda 1685 weibliche, aber nur 798 männliche Mitglieder, die Ortskrankenkasse Danzig 13 532 männliche und 26 067 weibliche. Bei der Ortskrankenkasse Wilmersdorf stieg der Anteil der weiblichen Mitglieder an der Gesamtmitgliederzahl von 26 Proz. im Jahre 1910 auf 67 Proz. im Jahre 1915.

Eine Folge der Zunahme der weiblichen Mitglieder ist eine fast allgemeine Verschiebung in der Lohnklassenzugehörigkeit der Mitglieder, und zwar nach den unteren Beitragsstufen. Bei der Ortskrankenkasse Königsberg stieg die Zahl der in den fünf niedrigsten Beitragsstufen versicherten Mitglieder von 60,5 Proz. im Jahre 1913 auf 68,5 Proz. im Jahre 1914 und 71,5 Proz. im Jahre 1915. Bei der Ortskrankenkasse für das rechtsrheinische Düsseldorf verminderte sich die durchschnittliche Einnahme für ein Mitglied von 52,75 ℳ im Jahre 1913 auf 50,51 ℳ im Jahre 1915, obgleich im Jahre 1914 die Beiträge von 4 auf 4½ Proz. vom Lohne erhöht wurden. Nach einer Aufstellung der Ortskrankenkasse Wiesbaden gehörten bei dieser vor Ausbruch des Krieges 43 Proz. der Mitglieder den vier höchsten und 57 Proz. den vier niedrigsten Lohnstufen an. Im Berichtsjahr entfielen nur 34 Proz. auf die höchsten, dagegen 66 Proz. auf die niedrigsten Lohnstufen. Die Ortskrankenkasse für das Buchdruckgewerbe in Berlin (22 475 Mitglieder) weist darauf hin, daß trotz der Abnahme der Mitgliederzahl um rund 4000 die Zahl der An- und Abmeldungen um zusammen rund 10 000 gegenüber den Vorjahren gestiegen sei. Das liege in den durch den Krieg hervorgerufenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Eine mit diesen Verhältnissen des Berichtsjahres zusammenhängende Erscheinung ist es auch, daß die Zahl der außerhalb des Kassenbezirkes wohnenden Mitglieder erheblich zugenommen hat. So berichtet die Ortskrankenkasse Stellingen, daß bei ihr diese Mitglieder mehr wie ¼ aller Mitglieder überhaupt ausmachen. Wie durch die wechselvollen Verhältnisse insbesondere die Mitglieder der Kassenorgane aufgezehrt wurden, zeigt die Ortskrankenkasse Mylau, bei der von ursprünglich 120 Ausschußmitgliedern und Ersatzmännern für solche am Schlusse des Berichtsjahres nur noch 15 übrig waren.

Wie die Beitragseinhebung durch die Kriegswirkungen beeinflußt wurde, zeigt die Ortskrankenkasse Dresden, bei der die Zahl der beitragspflichtigen Arbeitgeber von 26 382 am Schlusse des Jahres 1913 auf 16 026 am Schlusse

des Jahres 1915 zurückging. Bei der Ortskrankenkasse Osnabrück (12 945 Mitglieder) verminderten sich die Beitragseinnahmen um rund 90 000 M. Die Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe in Hamburg weist darauf hin, daß die ungünstigen Erwerbsverhältnisse durch ein erheblich gesteigertes Mahnverfahren und Zwangsvollstreckungsverfahren zum Ausdruck kam, obgleich sich die durchschnittliche Mitgliederzahl von 5416 im Jahre 1914 auf 5093 im Jahre 1915 verminderte.

Im Hinblick auf den beseitigten § 50 KVG., nach dem die Arbeitgeber alle Unkosten eines vor der Anmeldung eingetretenen Unterstützungsfalles zu erstatten hatten, werden jetzt von vielen Kassen Verstöße gegen die Meldevorschriften in größerer Zahl zur Bestrafung gebracht. Bei der Ortskrankenkasse Bochum wurden in 298 Fällen Strafen wegen solcher Zuwiderhandlungen verhängt. Das Versicherungsamt verfährt aber außerordentlich milde; im Einzelfall betrug die Strafe nur 50 Pf. oder 1 M. Bei der Ortskrankenkasse Danzig wurden für 71 Vergehen 445 M Strafen verhängt.

Die Ersatzkassenmitglieder bereiten den Ortskrankenkassen große Schwierigkeiten. In vielen Berichten finden sich Klagen über die einschlägigen Einrichtungen. So berichtet die Ortskrankenkasse Mannheim über „heftige Auseinandersetzungen" mit den Ersatzkassen, die unerfüllbare Verlangen an die Ortskrankenkasse stellten und die eine „marktschreiende Reklame" entfaltet hätten. In Verkennung der Rechtslage — so berichtet die Allgemeine Ortskrankenkasse Magdeburg — melden viele Arbeitgeber ihr Personal nur bei der Ersatzkasse des Kaufmännischen Vereins an. Es sei schwer, ihnen begreiflich zu machen, daß sie zu solchen Meldungen überhaupt nicht befugt sind und daß sie außerdem bei der Zwangskasse melden müssen. Gleiche Klagen erhebt auch die Ortskrankenkasse Ludwigshafen a. Rh. Die Ortskrankenkasse Bochum sagt, es müsse das eifrigste Bestreben sein, die Bevorzugungen der Ersatzkassen zu beseitigen. Die Ortskrankenkasse für den Stadtkreis Potsdam nahm 1477 M an Arbeitgeberanteilen ein. 1182 M mußte sie an die Ersatzkassen wieder abtreten (§ 518 RVO.), sodaß ihr 295 M verblieben, womit ihr Kostenaufwand bei weitem nicht gedeckt wurde. Die Ortskrankenkasse Erlangen bezeichnet den gegenwärtigen Zustand ebenfalls als unhaltbar.

Die Zahl der Krankheitsfälle war im Berichtsjahr meist niedriger als im Vorjahr. Bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Magdeburg entfielen im Jahre 1914 auf 100 Mitglieder 71,7 Krankheitsfälle überhaupt, im Jahre 1915 aber nur 53,0. Bei der Ortskrankenkasse Osnabrück verminderten sich die männlichen Mitglieder um 30 Proz., ihre Krankheitsfälle aber um 38 Proz., die weiblichen Mitglieder um 1 Proz., die Krankheitsfälle dieser aber um 22 Proz. Die Ortskrankenkasse Wilmersdorf hatte einen durchschnittlichen Bestand an erwerbsunfähig Kranken von 2,44 Proz. gegenüber rund 4 Proz. in den Vorjahren. Bei der Ortskrankenkasse Neumünster verminderte sich der durchschnittliche Krankenbestand von 3,5 Proz. im Jahre 1914 auf 2,9 Proz. im Jahre 1915. Bei der Ortskrankenkasse für Buchdrucker in Hamburg fiel der Bestand der Kranken überhaupt von 41 Proz. im Jahre 1914 auf 33 Proz. im Jahre 1915. Bei der Ortskrankenkasse für den Saalkreis von 56,7 auf 42,5 Proz. Daneben finden sich auch einzelne Kassen, die aus besonderen Gründen ausnahmsweise gegenteiliges berichten. So sagt die Allgemeine Ortskrankenkasse für die Landgemeinden im Bezirke Gera, daß in der schnell eingeführten Drahtverhaufabrikation, in der zahlreiche Frauen auch des Nachts beschäftigt werden, die Erkrankungsfälle so häufig waren, daß sie bei dieser Zahlstelle 16 000 M zusetzen mußte.

Die ärztliche Behandlung bewegte sich in ihrem Kostenpunkt weiter in „aufsteigender Linie". Die Allgemeine Ortskrankenkasse Offenbach a. M. schloß einen neuen Vertrag mit dem Aerzteverein ab, in dem der Pauschbetrag für den Kopf der Versicherten von 4,— M auf 5,30 M erhöht wurde. Die durchschnittlichen Aufwendungen für ein Mitglied erhöhten sich von 4,90 M im Jahre 1914 auf 6,73 M im Jahre 1915. Die Allgemeine Ortskrankenkasse für den Stadtkreis Guben klagt über Aerztemangel. Von den in Friedenszeiten für die Kasse tätigen 16 Aerzten sind durch Einberufung zum Heeresdienst nur noch 6 übrig geblieben. Eine schon oft festgestellte Tatsache ist, daß sich namentlich die Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung stark vermehren. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Krefeld berichtet, daß sich diese Ausgaben gegen 1914 mehr als verdoppelten. Bei der Ortskrankenkasse Pirna stiegen die Ausgaben für diese Zwecke von 1,22 M für das Mitglied im Jahre 1914 auf 1,55 M im Jahre 1915. Die Ortskrankenkasse Ohligs erhöhte auf Antrag der Zahnärzte den Einheitspreis für künstlichen Zahnersatz von 4 auf 5 M. Etwa notwendige Klammern und Sauger sind besonders zu bezahlen. Wie die Ortskrankenkasse Fulda zeigt, sind es meist die weiblichen Mitglieder, die hohe Ansprüche an die zahnärztliche Behandlung stellen. Die Kasse hat im Durchschnitt 2708 männliche und 2330 weibliche Mitglieder, wendete aber für erstere nur 2252 M, für letztere dagegen 3971 M für Zahnbehandlung auf.

Wie die Aufwendungen für Arznei und Heilmittel gestiegen sind, zeigt besonders die Ortskrankenkasse Nürnberg. Für ein Mitglied stiegen die Ausgaben von 61 Pf. im Jahre 1885 auf 2,13 M im Jahre 1906 und über 4 M im Jahre 1915. Dabei gewährt der Apothekerverein einen Nachlaß von 20 Prozent auf Rezepturen und 10 Proz. auf Verbandsstoffe. Die Ortskrankenkasse Bonn mußte die mit den Apothekern und Drogisten vereinbarten Preislisten mehrmals ändern. Insbesondere wurden die Preise für Verbandstoffe und Gummiwaren hinaufgesetzt. Gleichzeitig mußte die Gewährung von Milch fast ganz eingestellt werden .

Die Krankenhauspflege erfährt durch die fortgesetzte Erhöhung der Verpflegesätze in den Krankenhäusern eine ständige Verteuerung. Bei der Ortskrankenkasse Bernburg erhöhten sich die Anstaltspflegekosten für ein Mitglied von 1,91 M im Jahre 1914 auf 2,86 M im Jahre 1915. Wie verschieden die Ausgaben für die Krankenhäuser sind, zeigt folgende Uebersicht. Sie betrugen für ein Mitglied und Jahr in Bielefeld 2,63 M, Brandenburg 2,51 M Essen 8,34 M, Gelsenkirchen 5,88 M, Osnabrück 5,09 M, Solingen 3,— M, Trier 7,51 M.

Den Mutterschutz und die Säuglingspflege haben manche Kassen über die Leistungen

der Reichswochenhilfe hinaus erweitert. So schloß die Ortskrankenkasse Frankfurt a. M. Verträge mit mehreren Vereinen für Mutter- und Säuglingsschutz ab, erhöhte die Beihisen für Hauspflege usw. Die Ortskrankenkasse Dresden gewährt die Hebammenhilfe auch an die versicherungsfreien Ehefrauen der Mitglieder. Die Durchführung der Reichswochenhilfe geschah meist in der Weise, daß die Kasse die Geburtshilfe „frei" gewährte. Zu dem Zwecke schlossen die Kassen fast überall Verträge mit den Hebammen ab. Die Ortskrankenkasse Weimar vereinbarte mit den Hebammen für jeden Entbindungsfall einen Pauschbetrag von 15 ℳ. Die Ortskrankenkasse Erlangen traf mit der Universitätsfrauenklinik ein Abkommen, nach dem die Wöchnerinnen in dieser Aufnahme finden bei einem täglichen Verpflegesatz von 2 ℳ. Nebenkosten sind für die Entbindungen nicht zu bezahlen.

Die Wohnungsverhältnisse der Erwerbsunfähigen wurden von einer Anzahl von Kassen auch im Berichtsjahr einer Untersuchung unterzogen. Die Ortskrankenkasse Kottbus bewirkte in 3101 Fällen bei 4064 erwerbsunfähig Kranken eine Aufnahme der Wohnungzustände. Die festgestellten Mißstände waren wieder kaum glaubliche. So hatte eine Familie mit 5 Köpfen einen Wohnraum, eine andere mit 7 Köpfen 1 Zimmer und Kammer usw. Aehnliche Feststellungen machte die Ortskrankenkasse der Stadt Uelzen. Alle Ermahnungen, für genügende reine Luft in den Krankenzimmern zu sorgen, blieben unbeachtet.

Ueber die Fürsorge für die Kriegsteilnehmer enthalten viele Berichte eingehende Darstellungen. Mehrfach übernahm es die Gemeindekasse, für die freiwillig sich weiterversichernden Kriegsteilnehmer die Kassenbeiträge fortzuzahlen. So zahlte die Stadt München den ansehnlichen Betrag von 296 330 ℳ für diese Zwecke an die Ortskrankenkasse. In Straßburg i. E. wurde vom 1. Januar 1915 ab die Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer durch die Stadt im „großen Stile" eingeführt, indem diese für rund 3000 solcher die Beiträge zahlt. Die Landesversicherungsanstalt trägt für rund 200 Kriegsteilnehmer die Beiträge, selbst zahlen rund 300. Um die Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer zu fördern schrieb die Ortskrankenkasse Hameln eine neue dreiwöchige Meldefrist für dieselben aus, die auch viele Meldungen zeitigte.

Die Ortskrankenkasse für das Buchdruckgewerbe in Hamburg teilt mit, daß die freiwillige Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer unter Beihilfe der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte durchgeführt wurde. Die Mittel seien aber mit Ende des Jahres 1915 erschöpft. Einer Anregung des Versicherungsamts Hamburg folgend, sind die hamburgischen Krankenkassen zu dem Beschluß gekommen, alle weiterversichernden Kriegsteilnehmer in einer niedrigeren Lohnklasse zu führen. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Gera teilt mit, daß der Geraer Fabrikantenverein die Weiterversicherung derjenigen Mitglieder übernahm, die infolge Rohstoffmangels (dort ist die Textilindustrie zu Hause) arbeitslos geworden oder zum Kriegsdienst eingezogen wurden. In Lüdenscheid geschieht die Weiterversicherung aller derjenigen Kriegsteilnehmer, die bis zu ihrer Einberufung Angehörige zu versorgen haben, von den Arbeitgebern in der seitherigen Lohnklasse. Infolgedessen mußte die Kasse im Berichtsjahre für 411 Kriegsteilnehmer für 31 500 Krankentage Krankengeld zahlen.

Die Aufwendungen für Kriegsteilnehmer sind bei manchen Kassen ganz erhebliche. So gewährte die Ortskrankenkasse Kottbus für 83 Erwerbsunfähigkeits- und 8 Sterbefälle infolge Dienstbeschädigung die Summe von 7596 ℳ. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Krefeld gewährte 131 004 ℳ an Krankengeld für erkrankte und 17 548 ℳ Sterbegelder für gefallene Kriegsteilnehmer. Das ist für die Kasse von immerhin nur rund 28 000 Mitgliedern eine recht erhebliche Leistung. Die Ortskrankenkasse Ludwigshafen a. Rh. (13 500 Mitglieder) mußte für 338 erkrankte und 46 gefallene Kriegsteilnehmer 54 897 ℳ aufwenden. Die Ortskrankenkasse Straßburg i. E. gewährte bis Ende 1915 insgesamt 110 333 ℳ für Kriegsteilnehmer. Die Ortskrankenkasse des Stadtkreises Forst (Lausitz) schreibt in ihrem Bericht: „Auch die Zahlung des Sterbegeldes an die Hinterbliebenen gefallener Kriegsteilnehmer, die ihre Weiterversicherung aus Unkenntnis unterlassen haben, konnte ebenfalls beibehalten werden". Für diese Zwecke seien 5 200 ℳ aufgewendet worden. Die Ortskrankenkasse Eilenburg gewährte den Familien der zum Heeresdienst einberufenen Mitglieder im Jahre 1914 und 1915 Familienhilfe (freie ärztliche Behandlung der Familienangehörigen) ohne Zahlung von Beiträgen. Im Berichtsjahr wendete die Kasse (rund 3500 Mitglieder) für diese Zwecke 2767 ℳ ohne jede Gegenleistung auf. Die Ortskrankenkasse Remscheid gewährte den Familienangehörigen der Kriegsteilnehmer, ohne daß diese „weiterversichert" sind, die volle satzungsgemäße Familienhilfe. Soweit hierzu freiwillige Zuwendungen nicht ausreichen, wird das Kassenvermögen zuhilfe genommen.

Das finanzielle Ergebnis des Betriebsjahres 1915 wird meist als sehr günstig bezeichnet. Die bei Ausbruch des Krieges gehegten Befürchtungen einer großen Belastung der Krankenversicherung, die zu dem Erlaß des Notgesetzes betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 führten, haben sich als unbegründet erwiesen. Die Ortskrankenkasse Leipzig erzielte im Jahre 1915 einen Ueberschuß von 1 138 926 ℳ. Diese „erfreuliche Entwickelung", wie die Kasse selbst sagt, wurde allerdings nur erzielt durch die infolge des erwähnten Gesetzes eingetretene Erhöhung der Beiträge von 4 auf 4½ Proz. des Grundlohnes, ferner durch die Kürzung des Krankengeldbezugs von 40 auf 26 Wochen usw. Bei der Ortskrankenkasse Frankfurt a. M. betrug der Ueberschuß sogar 1 310 000 ℳ, der zum Teil auf einen außerordentlich niedrigen Krankenstand zurückzuführen sei. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Mannheim konnte 552 637 ℳ zurücklegen, die Allgemeine Ortskrankenkasse Lübeck (bei 29 000 Mitgliedern) 159 625 ℳ oder 11,7 Proz. der Kassenbeiträge, die Allgemeine Ortskrankenkasse Halle a. S. 193 000 ℳ. Die Besondere Ortskrankenkasse für Kaufleute und Apotheker in Breslau konnte das Dreifache des satzungsmäßig vorgeschriebenen Betrages der Rücklage zuführen, nämlich 150 000 ℳ bei 23 173 Mitgliedern. Bei der Ortskrankenkasse für das rechtsrheinische Düsseldorf (34 454 Mitglieder) erhöhte sich das Vermögen um 490 000 ℳ, bei der Ortskrankenkasse Marburg (4000 Mitglieder) um 20 000 ℳ. Der Ortskrankenkasse Bergedorf, einer Kasse von nur 5700 Mitgliedern, war es möglich, in den beiden

Jahren 1914 und 1915 eine Rücklage von 94 150 ℳ zu machen, die Ortskrankenkasse für den Amtsbezirk Pforzheim (23 000 Mitglieder) erzielte einen Vermögensüberschuß von 116 730 ℳ, die Allgemeine Ortskrankenkasse für den Kreis Neuwied (7000 Mitglieder) einen solchen von 65 256 ℳ.

Zeichnungen auf die Kriegsanleihen wurden von allen Kassen vorgenommen. Teilweise waren sie recht umfangreich. So zeichnete im Berichtsjahr die Ortskrankenkasse für das kaufmännische und Bureaupersonal in Düsseldorf (11 800 Mitglieder) 130 000 ℳ, die Allgemeine Ortskrankenkasse Kassel (21 286 Mitglieder) bis Ende des Berichtsjahres 500 000 ℳ, die Ortskrankenkasse Limburg (6500 Mitglieder) 100 000 ℳ, Ortskrankenkasse Gelsenkirchen (6180 Mitglieder) 70 000 ℳ, Ortskrankenkasse Freiberg (8900 Mitglieder) 110 000 ℳ usw.

Die im allgemeinen günstigen Geldverhältnisse der Kassen gestatteten auch manchen sonstigen Ausbau der Fürsorgeeinrichtungen. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Braunschweig schuf eine neue, aufs beste eingerichtete Badeanstalt und erweiterte ihr Genesungsheim Grasleben. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Lübeck beschloß in Anbetracht der teueren Lebenshaltung eine zehnprozentige Krankengelderhöhung, wodurch sich zugleich auch das Hausgeld, das Wochengeld und das Stillgeld erhöht. Der 1. Verband der Breslauer Krankenkassen kaufte ein 15 Morgen großes Gelände an und errichtete darauf eine neue Erholungsstätte. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Dortmund kaufte ein großes Bauerngut an und baute es zu einem Genesungsheim um. Der landwirtschaftliche Betrieb wird durch einen vereidigten Sachverständigen den späteren Bedürfnissen angepaßt. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin-Tempelhof richtete in eigenem Grundstücke eine Zahnklinik ein, wofür sie rund 10 000 ℳ aus laufenden Mitteln aufwendete. Die Ortskrankenkasse Kiel errichtete in der Mitte der Stadt ein neues Verwaltungsgebäude und richtete in diesem eine zahnärztliche Klinik ein. Die Gesamtkosten beliefen sich auf 361 628 ℳ. Die Ortskrankenkasse Sonneberg (7246 Mitglieder) errichtete in einem neuen Anbau zum Verwaltungsgebäude eine Badeanstalt, die nicht nur den Versicherten der Kasse, sondern jedermann zur Verfügung stehen soll. Außerdem richtete sie im Berichtsjahr in ihrem eigenen Genesungsheim erstmalig eine Ferienkolonie für kranke und schwächliche Kinder der Kassenmitglieder ein. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin-Friedenau errichtete zu Beginn des Berichtsjahres eine neue Zahnklinik, die bereits von 23 Proz. aller Mitglieder in Anspruch genommen wurde. Trotz dieses großen Zuspruchs verminderten sich die Ausgaben für zahnärztliche Behandlung von 1,21 ℳ im Jahre 1913 auf 95 Pf. im Jahre 1915 pro Mitglied. Die Ortskrankenkasse Meerane errichtete eine eigene Badeanstalt, in der auch Bäder für Nichtmitglieder abgegeben werden. Die Zahl dieser war größer als die Zahl der Bäder auf Kosten der Kasse.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Spandau, bei der die durchschnittliche Mitgliederzahl von 9718 im Jahre 1914 auf 11 882 im Jahre 1915 stieg (eine Folge der dort vorhandenen Kriegsindustrie), begann mit der Errichtung eines eigenen Verwaltungsgebäudes. Die Ortskrankenkasse Hameln bekam zu dem gleichen Zweck einen Bauplatz von der Stadt unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Die Stadt übernahm auch unentgeltlich die Bauleitung.

Sehr bemerkenswert ist, daß die Krankenkassen auch anfangen, dem Bau von Arbeiterwohnhäusern ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Braunschweig gab als erststellige Hypotheken zu solchen Häusern die Summe von 54 000 ℳ her. Alles in allem bieten die Berichte manche hochbedeutsame Mitteilung und manches wertvolle Material für den Sozialpolitiker.

Aenderungsbedürftigkeit der Vorschriften über Ersatzkassen (§§ 503 ff. RVO.).

Wir erhalten die folgende Zuschrift, die auch vielfach in den Tageszeitungen verbreitet worden ist:

„Die Krankenkasse „Germania" zu Altona beabsichtigt eine Eingabe, in Form einer Petition zusammengefaßt, an den Bundesrat und die vorgesetzten Behörden der Krankenkassen gelangen zu lassen, worin besonders auf die Lücken der Reichsversicherungsordnung, welche sich seit dem Bestehen derselben in der Praxis gezeigt haben, aufmerksam gemacht werden soll. Die Ersatzkassen sind durch Bestimmungen der §§ 517, 518, 519, 520 und 521 RVO. in ihrer Weiterentwicklung sehr behindert. Diese Bestimmungen bedürfen dringend einer Abänderung, wenn nicht mit der Zeit alle derartige Kassen sozusagen lahm gelegt werden und ganz von der Bildfläche verschwinden sollen. Gerade wegen der Gefährdung des Weiterbestehens dieser Kassen liegt es im Interesse derselben, daß sich alle Kassen an dieser Petition beteiligen oder selbst geeignete Schritte unternehmen. Damit auch die Abgeordneten für diese Sache gewonnen werden und ihre Richtlinie hiernach ziehen können, soll denselben vor der Einberufung des Reichstages ein Druckexemplar dieser Eingabe übersandt werden. Alle Vorstände von Ersatzkassen Deutschlands, sowie daran beteiligte Arbeitgeber werden höflichst aufgefordert, Material und Wünsche zur Sache an den Vorstand der Krankenkasse „Germania" zu Altona a. E. gelangen zu lassen, damit diese Wünsche in der Petition berücksichtigt und mit zum Ausdruck gebracht werden können."

Man kann diese Bemühungen der Ersatzkassen verstehen, und das Bedürfnis nach einer Klärung, Ergänzung und Aenderung der Vorschriften über die Ersatzkassen wird auch von den Pflichtkrankenkassen anerkannt werden. Nur werden ihre Wünsche einer Neuregelung wohl vielfach sich in anderer Richtung bewegen als die der Ersatzkassen. Es mag nur beispielsweise an die empfindliche Benachteiligung erinnert werden, die sich für die Krankenkassen (§ 225) aus der Vorschrift des § 518 und ihrer Anwendung ergibt (zu vgl. Arb.Vers. 1916 S. 70 Ziff. 10). Die Krankenkassen werden gut tun, auch ihrerseits Stoff zur Beleuchtung der Rechtslage zu sammeln und dem Bundesrat zu unterbreiten. Es ist zu hoffen, daß die großen Kassenverbände wachsam sein und sich der Angelegenheit annehmen werden.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die freiwillige Höherversicherung.

1. Nach § 19 Absatz 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte kann ein Angestellter bis zum vollendeten 25. Lebensjahre in eine höhere Gehaltsklasse, als der Höhe seines Jahresarbeitsverdienstes entspricht, übertreten.

Bei der durch den Arbeitgeber erfolgenden ersten Beitragsentrichtung ist eine Anzeige der Gehaltsklasse, in welche der Angestellte einzutreten beabsichtigt, sowie eine Geburtsurkunde einzureichen.

Der Uebertritt in eine höhere Gehaltsklasse gemäß § 19 Abs. 1 kann gleich beim Beginn einer versicherungspflichtigen Beschäftigung geschehen. Er ist aber nach der Vollendung des 25. Lebensjahres selbst dann unstatthaft, wenn die Versicherungspflicht vorher streitig war. Alsdann kommt nur noch die freiwillige Höherversicherung gemäß § 19 Abs. 2 in Frage.

2. Nach § 19 Abs. 2 kann ein Angestellter, der in eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit geringerem Entgelt, als seiner bisherigen Gehaltsklasse entspricht, eintritt, in seiner bisherigen Gehaltsklasse bleiben, falls er mindestens sechs Beitragsmonate in der höheren Gehaltsklasse auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt hat. Ein Angestellter hat zum Beispiel bis zum 1. Jan. 1915 der Klasse J (4000 bis 5000 ℳ) angehört und in ihr sechs Monatsbeiträge entrichtet. Vom 1. Januar 1915 ab sinkt sein Gehalt auf 2400 ℳ. Nach § 19 Abs. 2 kann er freiwillig die Beiträge der Klassen G, H oder J entrichten, auch wenn er das 25. Lebensjahr bereits vollendet hat. Hat er sechs Beitragsmonate in der Klasse H und dann weitere drei Monate in der Klasse J zurückgelegt, so kann er, wenn sich sein Gehalt auf 2400 ℳ verringert, die Versicherung höchstens in der Klasse H fortsetzen.

3. Die freiwillige Höherversicherung gemäß § 19 Abs. 1 und 2 ist nur im Falle der Pflichtversicherung möglich. Dagegen ist die freiwillige Weiterversicherung höchstens in derjenigen Gehaltsklasse zulässig, die dem Durchschnitt der letzten sechs Pflichtbeiträge entspricht oder am nächsten kommt. Ferner müssen diejenigen Personen, denen bis zum 31. Dezember 1913 gemäß § 394 des Versicherungsgesetzes für Angestellte der freiwillige Eintritt in die Versicherung gestattet worden ist (nämlich die Angestellten mit einem Jahresarbeitsverdienst von 5000 bis 10 000 ℳ sowie die Selbständigen), in der einmal gewählten Gehaltsklasse bleiben, auch wenn in ihren Einkommensverhältnissen eine Aenderung eintritt.

4. Die freiwillige Höherversicherung nach § 19 Abs. 1 und 2 ist auch dann zulässig, wenn die Beitragsleistung nach § 177 zu erfolgen hat. Nach § 177 sind nämlich, wenn ein Angestellter von mehreren Arbeitgebern während des Monats oder nicht einen vollen Beitragsmonat hindurch beschäftigt wird, acht Hundertstes des von jedem Arbeitgeber für die Beschäftigung gezahlten Entgelts als Beitrag zu entrichten. Will sich in einem solchen Falle ein Angestellter, in dessen Person die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 oder 2 erfüllt sind, höher versichern, so ist von derjenigen Gehaltsklasse auszugehen, die rechnerisch seinem Jahresarbeitsverdienst entsprechen würde, wenn die Beitragsleistung nicht nach § 177 zu erfolgen hätte. Wenn ein Angestellter zum Beispiel von einem Arbeitgeber 100 ℳ und von dem anderen 30 ℳ monatlich erhält, so würde sein Jahresarbeitsverdienst 1560 ℳ betragen. Er kann also, wenn er nach sechs Monaten nur noch 110 ℳ monatlich verdient, dann die Beiträge der Klasse E entrichten. Hat er das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet, so kann er jederzeit die Beiträge der Klassen F bis J entrichten.

5. Die freiwillige Höherversicherung nach § 19 Abs. 1 und 2 ist, wenn ihre Voraussetzungen erfüllt sind, nicht von einer besonderen Genehmigung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte oder des Arbeitgebers abhängig.

6. Auch im Falle der freiwilligen Höherversicherung nach § 19 Abs. 1 und 2 hat der Arbeitgeber, der den Versicherten beschäftigt, für sich und ihn die Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte abzuführen, indem er in der Uebersicht darlegt, welches der gesetzliche und welches der freiwillige Teil der Beitragssumme ist. Der Angestellte muß sich aber nicht nur die Hälfte des Beitrages seiner gesetzlichen Gehaltsklasse, sondern auch den sich durch die Höherversicherung ergebenden Mehrbetrag vom Gehalt abziehen lassen, es sei denn, daß er die Versicherung in der höheren Gehaltsklasse mit dem Arbeitgeber vereinbart hat. Wenn sich zum Beispiel ein Angestellter mit einem Gehalt von 2400 ℳ (Klasse F, monatlicher Beitrag: 13,20 ℳ) freiwillig in der Klasse J (Monatsbeitrag: 26,60 ℳ) versichert, so entfällt auf den Arbeitgeber die Hälfte des Beitrages der Klasse F, also 13,20 : 2 = 6,60 ℳ. Der Angestellte hat dagegen zu tragen:

a) die andere Hälfte des gesetzlichen Beitrages, also . . . . 6,60 ℳ
b) den sich aus der Höherversicherung ergebenden Mehrbetrag (26,60 — 13,20) = ... 13,40 ℳ

er hat sich also vom Gehalt abziehen zu lassen . . . . 20,— ℳ

7. Wenn ein Angestellter auf Grund einer privaten Lebensversicherung gemäß § 390 von der eigenen Beitragsleistung — das heißt: von der ihm obliegenden Beitragshälfte — befreit ist, so kann er gemäß § 19 Abs. 1 oder 2 freiwillig derart in eine höhere Gehaltsklasse übertreten, daß auch in dieser nur die Arbeitgeberbeitragshälfte entrichtet wird. Der Arbeitgeber kann dann den seine gesetzliche Verpflichtung zur Beitragsleistung übersteigenden Mehrbetrag vom Gehalt abziehen, wenn nicht die Höherversicherung besonders vereinbart ist. Wenn in dem zuletzt erwähnten Beispiel der Angestellte von der eigenen Beitragsleistung befreit ist, so hat der Arbeitgeber an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte den halben Beitrag der Klasse J, also 13,30 ℳ, abzuführen, er kann aber dem Angestellten den sich aus der freiwilligen Höherversicherung ergebenden Mehrbetrag (13,30 — 6,60 = 6,70 ℳ vom Gehalt abziehen.

8. Von einer freiwilligen Höherversicherung kann jederzeit Abstand genommen werden.

9. Eine Erhöhung der gesetzlichen Leistungen läßt sich auch durch die Abkürzung der Wartezeit mittels Einzahlung der entsprechenden Prämienreserve erreichen. Hierüber teilen wir auf besondere Anfrage das Nähere mit, bemerken aber, daß die Reichsversicherungsanstalt nur bis zum

31. Dezember 1915*) in der Lage ist, eine Abkürzung der Wartezeit zu gestatten.

Zusatz.

In Ergänzung der oben mitgeteilten Vorschriften bestimmt § 9 der Verordnung des Bundesrats vom 26. August 1915, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges (Reichs-Gesetzblatt S. 531)**), folgendes:

Bezieht ein Versicherter während des gegenwärtigen Krieges infolge einer Betriebseinschränkung ein geringeres Entgelt als bisher oder wird er infolge einer Betriebseinstellung stellenlos, so kann er für die Kriegsmonate Beiträge bis zu dem Betrag entrichten, welcher dem Durchschnitt der letzten sechs vor der Betriebseinschränkung oder -einstellung entrichteten Pflichtbeiträge entspricht. Die Mehrbeträge sind spätestens bis zum Ablauf desjenigen Kalenderjahrs zu entrichten, welches dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist.

Ansprüche aus der Knappschaftsmitgliedschaft der zum Kriegsdienst Eingezogenen.

Der Halberstädter Knappschaftsverein hat hierüber unter dem 15. Juli 1916 folgendes Rundschreiben versandt.

I. Für die Eingezogenen selbst:

1. Die Eingezogenen scheiden — wenn nicht Beiträge für sie als Weiterversicherte gezahlt werden — aus der Krankenkasse aus und haben daher grundsätzlich keinen Anspruch auf ärztliche Hilfe und Krankengeld.

2. Sie scheiden auch aus der Pensionskasse aus, behalten aber ihre Anwartschaft auf Knappschaftspension und steigern sie um die im Kriegsdienst verbrachte Zeit; sie erwerben jedoch keine Anrechte für Frau und Kinder, wenn sie erst nach dem Ausscheiden heiraten.

Annerkennungsgebühren oder Beiträge brauchen sie nicht zu zahlen.

Nach der Entlassung aus dem Kriegsdienst werden sie ohne Gesundheitsnachweis in die Pensionskasse wieder aufgenommen, sofern sie die Werksarbeit innerhalb 5 Monaten nach der Entlassung aus dem Kriegsdienst wieder aufnehmen. Dies findet auch auf diejenigen Anwendung, welche vor dem Eintritt ins Heer nicht länger als 3 Monate aus der Mitgliedschaft zur Pensionskasse ausgeschieden waren. Diesen wird jedoch auf die Frist von 5 Monaten diejenige Zeit angegerechnet, während der sie vor dem Eintritt ins Heer aus einer Knappschaftspensionskasse ausgeschieden waren.

3. Wer durch Krankheit, Verwundung oder Unfall für seinen bisherigen Beruf dauernd unfähig geworden ist, hat Anspruch auf die satzungsmäßige Knappschaftspension, wenn er die Wartezeit erfüllt hat.

4. Ist er darüber hinaus auch für jeden andern Erwerb dauernd unfähig (reichsinvalide) geworden, so hat er Anspruch auf Reichsinvalidenrente, wenn er die Wartezeit erfüllt hat.

Reichsinvalidenrente erhält auch, wer zwar nicht dauernd, aber länger als 26 Wochen invalide ist, bis er wieder erwerbsfähig wird.

5. Militärpensionen werden weder auf die Knappschaftspension noch auf die Invalidenrente angerechnet.

6. Anträge sind an den Knappschaftsverein zu richten, dem der Kriegsteilnehmer zuletzt angehört hat.

7. Wegen eines Heilverfahrens haben sich die Eingezogenen, solange sie nicht endgültig entlassen sind, an die Militärbehörden zu wenden.

II. Für die Familienangehörigen:

1. Krankenhilfe und Sterbegeld für Frauen und Kinder unter 15 Jahren wird nur dann gewährt, wenn der Kriegsteilnehmer beim Eintritt ins Heer mindestens 3 Monate Mitglied der Krankenkasse gewesen ist (siehe § 37, Abs. 2 d. Satz.).

Frauen und Kinder unter 15 Jahren, welche sich innerhalb des bisherigen Kursprengels weiter aufhalten, erhalten in satzungsmäßigem Umfange Krankenunterstützung, bestehend in freier ärztlicher Behandlung durch den zuständigen Knappschaftsarzt, freier Arznei, in besonderen Fällen auf den Antrag des Knappschaftsarztes, wenn der Knappschaftsverein es genehmigt, auch Krankenhauspflege. Bei ihrem Tode wird Sterbegeld gezahlt.

Diese Wohltaten fallen weg, solange das Mitglied auf Familienhilfe durch Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse Anspruch hat.

2. Die Ehefrauen erhalten nach den Bestimmungen der Bundesratsverordnungen (Erfüllung der Wartezeiten) bei Entbindungen eine besondere Kriegswochenhilfe, bestehend in freier Behandlung durch Hebamme und Arzt sowie der erforderlichen Arznei bei der Niederkunft und bei Schwangerschaftsbeschwerden, Wochengeld für 8 Wochen und — wenn sie das Kind selbst stillen — Stillgeld bis zur Dauer von 12 Wochen, solange das Mitglied zum Kriegsdienst eingezogen bleibt.

3. Anträge sind an den Knappschaftsältesten zu richten.

III. Für die Hinterbliebenen:

1. Die Hinterbliebenen haben Anspruch auf Sterbegeld für den verstorbenen Kriegsteilnehmer, wenn für ihn Beiträge zur Krankenkasse weiter gezahlt worden sind.

2. Voraussetzung für alle knappschaftlichen und reichsgesetzlichen Leistungen ist, daß die Wartezeiten erfüllt sind (siehe jedoch III, 5).

3. Witwen erhalten vom Todestage des Mannes ab die knappschaftliche Witwenpension, falls die Ehe geschlossen worden war, bevor der Mann aus der Pensionskasse ausschied (siehe I, 2).

Ist eine Witwe dauernd erwerbsunfähig, so erhält sie außerdem die reichsgesetzliche Witwenrente.

Ist sie nicht dauernd, aber länger als 26 Wochen erwerbsunfähig, so erhält sie die Witwenrente, bis sie wieder erwerbsfähig wird.

Hat die Witwe selbst aus eigener Versicherung Anwartschaft auf eine Invalidenrente, so hat sie kein Anrecht auf eine Witwenrente; sie erhält dafür als einmalige Abfindung das Witwengeld. Der Anspruch darauf muß aber innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Mannes erhoben werden.

4. Waisen erhalten vom Todestage des Vaters ab die knappschaftlichen Erziehungsbeihilfen, falls die Eltern geheiratet hatten, bevor der Mann aus der Pensionskasse ausschied (siehe I, 2).

Außerdem erhalten sie die reichsgesetzlichen Waisenrenten.

---

*) Vgl. hierzu die ergänzende Bundesratsverordnung vom 12. Dezember 1915 (Arb.Vers. 1916 S. 41.)

**) Vgl. Arb.Vers. 1915 S. 643.

Waisen, deren Mutter selbst versichert ist, erhalten bei Vollendung des 15. Lebensjahres eine einmalige Waisenaussteuer, wenn die Mutter zu diesem Zeitpunkt die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat.

5. Stirbt das Mitglied vor Zurücklegung der Wartezeit, so erhalten die Hinterbliebenen (Frauen und Kinder) eine einmalige Unterstützung in Höhe der Hälfte der für das verstorbene Mitglied zur Pensionskasse gezahlten Beiträge.

6. Vermißte Kriegsteilnehmer, von denen während eines Jahres keine glaubhaften Nachrichten eingegangen sind, gelten als verschollen und tot. Der Knappschaftsverein stellt den Todestag nach billigem Ermessen fest.

Ihre Angehörigen haben die gleichen Ansprüche wie Hinterbliebene (Nr. 2—5), sie sind aber verpflichtet, von jeder Nachricht, die sie über den Vermißten erhalten, dem Knappschaftsverein sofort Kenntnis zu geben.

7. Militärpensionen werden auf die Hinterbliebenenbezüge nicht angerechnet.

8. Anträge sind an den Knappschaftsverein zu richten, dem der Verstorbene oder Vermißte zuletzt angehört hat.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Kriegswochenhilfe für Wöchnerinnen unter den Voraussetzungen des § 214 RVO.

1. Nach Bolkenhain. Antwort: Die Frage, ob eine Wöchnerin, die wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausscheidet und nun innerhalb drei Wochen niederkommt, unter den übrigen Voraussetzungen des § 214 RVO. auch Anspruch auf die Kriegswochenhilfe aus § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 hat, ist mehrfach verneint worden (zu vgl. Jaeger in Arb.Vers. 1916 Heft 21 S. 495). Wir halten das für unrichtig. Der erweiterte Anspruch aus diesem § 8 steht den gegen Krankheit „versicherten" Wöchnerinnen zu. Nach § 214 RVO. verbleibt den erwerbslos Ausgeschiedenen noch der Anspruch auf die Regelleistungen, das bedeutet nichts anderes, als daß sie zwar nicht Mitglieder der Kasse, aber doch noch in gewissen Grenzen „versichert" bleiben, weil eben Versicherungsfälle, die erst nach dem Ausscheiden aus der Kasse eintreten, noch die Kraft haben, Leistungsansprüche zu erzeugen (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 6 zu § 214 RVO.; vgl. auch § 574 Ziff. 2 RVO.). Daher halten wir auch den Anspruch aus § 8 der Bekanntmachung für begründet, der nur Versicherung, nicht Mitgliedschaft voraussetzt. In gleichem Sinne hat auch das Oberversicherungsamt Posen entschieden (vgl. „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 107).

Wiederholung des Antrages auf Befreiung der Versicherungspflicht gemäß § 418 RVO. bei Kassenwechsel.

2. Nach R. Antwort: Ihre Anfrage konnte nur so aufgefaßt werden, wie wir sie verstanden haben. Denn Sie erwähnten ausdrücklich § 519 RVO., und dieser handelt vom Ruhen der Rechte und Pflichten von Ersatzkassenmitgliedern bei der Pflichtkasse. — Gemeint war aber die Befreiung gemäß §§ 418, 419 RVO. Auch in diesem Falle ist der Antrag bei der neuen Kasse zu wiederholen, wenn die Herrschaft ihren Aufenthaltsort dauernd verlegt und dadurch eine andere Pflichtkasse zuständig wird. Denn die Unterstützung, auf die der Arbeitgeber dem Beschäftigten im Falle des § 418 Anspruch zu gewähren hat, muß den Leistungen der zuständigen Pflichtkasse gleichwertig sein. Da nun aber die Leistungen der Krankenkassen einander keineswegs gleichwertig sind, so kann sich jene Voraussetzung inhaltlich durch einen Kassenwechsel ändern, und darum hat bei diesem eine erneute Prüfung stattzufinden, der Antrag auf Befreiung muß also bei der neuen Pflichtkasse wiederholt werden.

Schweigepflicht der Aerzte und Auskunftspflicht gegenüber der Kasse.

3. Nach Stolburg (Rheinl.). Frage: Gemäß § 8 der Bek. vom 9. Oktober 1913 über Art und Form der Rechnungsführung (Arb.Vers. 1913 S. 750) haben die Krankenkassen ein Krankenbuch zu führen. Aus diesem Buche muß unter anderem auch die Art der Krankheit zu ersehen sein. In hiesigen Aerztekreisen sind nun Zweifel darüber aufgetaucht, ob die Aerzte angesichts des § 300 des Straf.Ges.B. berechtigt sind, der Kasse Angaben über die Art der Krankheit zu machen. Sollten die Aerzte berechtigt sein, die Angaben zu verweigern, dann wären die Kassenführer nicht in der Lage das Krankenbuch gemäß der Bekanntmachung des Reichskanzlers zu führen. Wir bitten höflichst um Auskunft über diese Angelegenheit.

Antwort: Der § 300 Str.Ges.B. verbietet dem Arzte nur die unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen. Unbefugt aber ist die Offenbarung dann nicht, wenn sie durch eine höhere sittliche Pflicht gerechtfertigt wird. Die den Kassen zur Pflicht gemachte Führung des Krankenbuches und die Angabe der Art der Krankheit in diesem Buche dient statistischen Zwecken zur Gewinnung von Grundlagen für etwaige Maßnahmen im Interesse der allgemeinen Volksgesundheit. Hieran mitzuwirken, ist eine höhere sittliche Pflicht der Kassen, und kein Versicherter, der sich als Kassenmitglied behandeln läßt, kann sich darüber beschweren, wenn der Arzt der Kasse die Art der Krankheit angibt. Die Berechti-

gung hierzu ist außer Zweifel (zu vgl. die Entsch. in Arb.Vers. 1905 S. 740, 1906 S. 619; Reichsgericht Zivils. 53 S. 318). Wir nehmen aber auch eine Verpflichtung der Kasse gegenüber an, sofern der Arzt die Behandlung im Auftrage der Kasse oder (z. B. als Facharzt) auf Veranlassung des Kassenarztes übernommen hatte. Zu vgl. Arb.Vers. 1909 S. 272 Ziff. 16, 1910 S. 688 Ziff. 12.

Kriegswochenhilfe für Ausländerinnen?

4. Nach O. Antwort: Wir halten die Weigerung der Landkrankenkasse L., Ihnen den Anteil an der der Versicherten gemäß § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 gezahlten Entbindungskostenbeihilfe nach § 197 RVO. und § 9 der Bek. vom 28. Januar 1915 zu erstatten, für unbegründet. Die Kriegswochenhilfe ist allerdings eine Fürsorgemaßnahme des Reichs für seine Kriegsteilnehmer und deren Angehörige, und kommt daher Ausländerinnen, auch österreichischen Wöchnerinnen, nicht zugute. Anders aber verhält es sich mit den im § 8 der Bek. vom 3. Dezember 1914 den Kassen auferlegten Leistungen an versicherte Wöchnerinnen. Hier handelt es sich um „eine Maßregel der Krankenversicherung selbst", die daher der Kasse gegenüber einem Mitgliede österreichischer Staatsangehörigkeit in gleicher Weise obliegt wie gegenüber einer deutschen Versicherten. Zu vgl. die durch Bescheid des preuß. Handelsministers vom 19. Jan. 1915 mitgeteilte Aeußerung des Reichskanzlers in Arb.Vers. 1915 S. 178. Zweifelhaft könnte die Frage wohl nur erscheinen, wenn es sich um die Angehörige eines feindlichen Staates handelte (zu vgl. „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 117, 144, 145). Doch neigen wir auch in diesem Falle zur Bejahung der Frage, weil den Versicherten grundsätzlich bei gleicher Beitragspflicht auch gleiche Ansprüche zustehen.

Kriegswochenhilfe in Fällen des § 420 und des § 418 RVO.

5. Nach D. Antwort: a) Für eine nach § 420 RVO. versicherte Frau fällt nicht nur das Krankengeld, sondern nach § 425 auch der Anspruch auf Wochengeld weg. Daher trifft auf die versicherte Ehefrau eines versicherten Kriegsteilnehmers weder § 8 noch Abs. 1 des § 5 der Bek. v. 3. Dezember 1914 zu. Die Kasse hat ihr vielmehr die vollen Leistungen aus § 3 der Bekanntmachung zu gewähren und vollen Ersatz nach § 5 vom Reiche zu beanspruchen (Arb. Vers. 1915 S. 120). Für die Inanspruchnahme des Arbeitgebers fehlt in Fällen dieser Art jeder gesetzliche Anhalt.

b) Auf die zweite Frage gibt § 8 der Bek. vom 28. Januar 1915 Auskunft. Er geht, wie die Erläuterung dazu ergibt (Arb.Vers. 1915 S. 108), von der Annahme aus, daß die nach § 418 RVO. Befreiten schon nach der RVO. den Versicherten gleichstehen, und will sie auch hinsichtlich der Kriegswochenhilfe gleichstellen. Auf Grund des Abs. 3 des § 8 hat daher für die befreite Ehefrau eines befreiten Kriegsteilnehmers der Arbeitgeber der Kasse das Wochengeld zu erstatten, das er nach der Reichsversicherungsordnung zu zahlen haben würde. Während also für versicherte Wöchnerinnen, die Ehefrauen von Kriegsteilnehmern sind, unter den übrigen Voraussetzungen der §§ 1 und 5 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 die Kasse das Wochengeld in Höhe von 1 ℳ täglich für 8 Wochen zu zahlen und selbst zu tragen hat, hat für eine befreite Wöchnerin der gleichen Art die Kasse das Wochengeld zwar in gleichem Umfange zu zahlen, aber der Arbeitgeber hat ihr dafür das satzungsmäßige Krankengeld der zuständigen Kasse zu erstatten; denn die Erläuterung geht von der (sonst streitigen) Annahme aus, daß der Arbeitgeber auf Grund des § 418 Abs. 2 dieses Wochengeld zu zahlen haben würde.

Uebertragung der Behandlung auf den Kassenarzt bei Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft.

6. Nach K. Antwort: Wenn die Berufsgenossenschaft das Heilverfahren bereits während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall übernimmt, so muß ihr die Kasse insoweit Ersatz leisten, als der Kranke von ihr Krankenhilfe beanspruchen könnte. Die Kasse muß also auf jeden Fall das Krankengeld zahlen. Ob sie es nun der Berufsgenossenschaft oder auf deren Anweisung unmittelbar dem Versicherten zahlt, macht doch keinen Unterschied. Sie muß ferner als Ersatz für die Krankenpflege $^3/_8$ des Grundlohnes an die Berufsgenossenschaft zahlen. Dabei ist es nun allerdings möglich, daß die Berufsgenossenschaft mit der ärztlichen Behandlung einen Arzt betraut, der bereits als Arzt der Kasse für das Mitglied einen bestimmten Betrag, wie für jedes andere Mitglied erhält. Geschädigt wird die Kasse hierdurch eigentlich nicht; denn sie müßte ja dieselben Beträge zahlen, wenn die Berufsgenossenschaft die Behandlung einem andern, von der Kasse nicht verpflichteten Arzte übertrüge. Allerdings hat der Arzt davon den Vorteil, denn er bekommt eine Behandlung besonders bezahlt, deren Uebernahme schon die Kasse von ihm auf Grund des an ihn für jedes Mitglied gezahlten Pauschbetrages verlangen könnte. Rechtlich läßt sich hiergegen nichts machen. Die Kasse müßte versuchen, die Berufsgenossenschaft zu veranlassen, daß sie von der Uebernahme des Heilverfahrens Abstand nehme

---

Wiederholte Bitte!

Es ist volkswirtschaftlich von besonderem Belang, feststellen zu können, wie weit die einzelnen Erwerbs- und Berufskreise zu den Erfolgen der deutschen Kriegsanleihezeichnungen beigetragen haben. Wir bitten daher auch unsere Leser, uns Angaben über die von ihnen gezeichneten Kriegsanleihebeträge zwecks Veröffentlichung einzusenden. Erwünscht wäre es, wenn auch die Zeichnungen auf die früheren Kriegsanleihen noch nachträglich festgestellt werden könnten.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1151 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 11. Oktober 1916 | Heft 29

Die Krankenversicherung der Kriegsteilnehmer bei Ersatzkassen.

Von Regierungsassessor Schricker in Speyer.

Im Verlaufe des Krieges hat sich gezeigt, daß die Krankenversicherung der Kriegsteilnehmer bei den Ersatzkassen oft mit erheblichen Nachteilen verknüpft ist; um sie zu beseitigen, ist die Bundesratsverordnung vom 5. Juli 1916 über die Krankenversicherung bei Ersatzkassen (RGBl. S. 655, Arb.Vers. 1916 S. 497) erlassen worden. Sie ist auch für die ordentlichen Krankenkassen von nicht unerheblicher Bedeutung. Im Wesentlichen umfaßt sie:

1. die Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer,
2. die Versicherung nach der Rückkehr in die Heimat,
3. die Anrechnung der Wartezeit.

Zu 1. Die Satzungen der meisten Ersatzkassen sehen vor, daß die Mitgliedschaft für den Fall des Eintritts in den Heeres- oder Marinedienst von selbst oder auf Anordnung des Kassenvorstandes ruht oder erlischt.[1]) Derartige Satzungsbestimmungen sind zweifellos zulässig; denn nach § 503 RVO. bestimmt die Satzung einer Ersatzkasse den Bezirk und den Kreis der versicherungspflichtigen Mitglieder und in diesem Rahmen ist es unbedenklich, zu bestimmen, daß Personen des Soldatenstandes nicht in diesen Kreis gehören (vgl. Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts Bd. 39 S. 315, Bd. 47 S. 382; Rev.-Entsch. des RVA. 2178 Amtl. Nachr. 1916 S. 426 sowie Rev.-Entsch. 2209, Amtl. Nachr. 1916 S. 525; ferner „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 9 fg.). Infolge derartiger Satzungsbestimmungen entgingen die Vorteile der Mitgliedschaft . . . . . zahlreichen Kassenmitgliedern mit der Einberufung zum Kriegsdienst, trotzdem sie vielleicht schon lange Zeit vorher Beiträge zur Kasse bezahlt hatten. Dies mußte von den ausscheidenden Mitgliedern als ungerechtfertigte Härte empfunden werden, führte aber auch für die ordentlichen Krankenkassen zu Unbilligkeiten; denn die versicherungspflichtigen Ersatzkassenmitglieder bleiben, auch wenn sie Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten nach § 517 RVO. stellen, Mitglieder ihrer reichsgesetzlichen Krankenkasse; sie können sich also auch, wie das Reichsversicherungsamt in der Rev.-Entsch. 2096, Amtl. Nachr. 1915 S. 680, ausdrücklich ausgesprochen hat, bei der Krankenkasse unter gleichen Voraussetzungen wie alle sonstigen Mitglieder nach § 313 RVO. weiterversichern, wobei ihnen die Zeit der Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse auf die nach § 313 RVO. zurückzulegende Wartezeit anzurechnen ist (vgl. hierzu Arb.Vers. 1915 S. 569 und „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 12 fg. und 359 fg.). Dies konnte für die Krankenkassen zu unbilliger Belastung führen,

[1]) Das Ausscheiden des Mitglieds aus der Ersatzkasse infolge Einziehung zum Heeresdienst braucht dem Vorstand der reichsgesetzlichen Krankenkasse nach § 521 RVO. nicht angezeigt zu werden (Rev.Entsch. 2209, Amtl. Nachr. 1916 S. 523).

da sie vorher keine Beiträge erhalten hatten und zudem der Krieg eine erhöhte Krankheitsgefahr mit sich brachte.[2]) Aus diesen Gründen wird in § 1 der Verordnung bestimmt, daß Personen, die während des gegenwärtigen Krieges dem Reich oder einer ihm verbündeten Macht Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten, Anspruch auf Fortsetzung ihrer vollberechtigten Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse haben. Voraussetzung für diesen Anspruch ist aber, daß der Antragsteller

1) mindestens zum Diensteintritte Mitglied der Ersatzkasse war, und
2) beim Diensteintritt nach §§ 313, 314 RVO. berechtigt war, Mitglied einer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse zu bleiben.

Statt der Voraussetzung unter Z. 2 genügt es für die zur freiwilligen Versicherung oder Weiterversicherung bei einer Krankenkasse berechtigten Personen auch, daß sie bis zum Diensteintritte mindestens ein Jahr hindurch ununterbrochen einer Ersatzkasse oder teils einer Krankenkasse, teils einer Ersatzkasse angehört haben (§ 2 der V.). Damit ist dem Umstand Rechnung getragen, daß die Mitgliedschaft bei den Ersatzkassen, die von Stellenwechsel und zeitweiliger Erwerbslosigkeit nicht beeinflußt wird, abweichend von der Mitgliedschaft bei Krankenkassen regelmäßig längere Zeit ununterbrochen fortgesetzt zu werden pflegt, und der Nachweis der einjährigen Mitgliedschaft daher in der Regel leichter zu erbringen ist als derjenige der sechsmonatlichen Kassenzugehörigkeit nach § 313 RVO. — Der Anspruch auf Fortsetzung der Mitgliedschaft wird durch Antrag beim Vorstand der Ersatzkasse geltend gemacht (§ 1 Abs. 1 der V.). Der Antrag kann mündlich oder schriftlich gestellt werden (vgl. § 310 Abs. 1 RVO.), ist jedoch nur binnen 3 Wochen nach dem Diensteintritte oder, falls dieser bereits vor der Verkündung der neuen Vorschriften erfolgt ist, binnen 3 Monaten nach dem Verkündungstage — 7. Juli 1916 — zulässig; er wirkt von der ersten satzungsmäßigen Beitragszahlung[3]) ab (§ 4); erst von diesem Zeitpunkt an wird also der Berechtigte wieder Mitglied, wenn er die Mitgliedschaft verloren hatte, oder er tritt wieder in die vollen Mitgliedsrechte ein, wenn er in diesen infolge der Einberufung zum Kriegsdienste beschränkt worden war (z. B. Minderung der Leistungen auf das Sterbegeld). Nach § 5 der V. kann die Ersatzkasse die ärztliche Untersuchung des Antragstellers veranlassen; sie muß also die Kosten derselben tragen. Ist er zu der Zeit, wo der Antrag wirksam wird, d. h. beim Eingang des ersten Beitrags, bereits erkrankt, so hat er für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistungen; seine Mitgliedschaft bleibt aber hiervon unberührt. Der Wiedereintritt in die Mitgliedschaft gilt nicht als neuer Beitritt (§ 3 Abs. 2); es entfallen also hier die Beschränkungen und Bedingungen, die sonst die Kassensatzungen an den Beitritt knüpfen, z. B. eine bestimmte Altersgrenze, Vorlage eines Gesundheitszeugnisses, Beteiligung an anderen Gesellschaften und Vereinen (§§ 504, 505 RVO.), Zahlung eines Eintrittsgeldes (vgl. § 512 RVO.) usw. Dagegen ist nach § 3 Abs. 1 der V. die Beschränkung auf eine niedrigere Mitgliederkasse bis zur Rückkehr in die Heimat zulässig; dadurch darf jedoch für solche Personen, die vor dem Diensteintritte versicherungspflichtig waren, der Anspruch auf die Regelleistungen der reichsgesetzlichen Krankenkasse, der sie früher angehörten, nicht geschmälert werden. — Entsprechend dem § 314 RVO. erlischt die neuerworbene Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse wieder, wenn zweimal nach einander am Zahltage die Beiträge nicht entrichtet und seit dem ersten dieser Tage mindestens 4 Wochen verstrichen sind (§ 6); wer die rechtzeitige Beitragsentrichtung hiernach versäumt, kann er jedoch nach seiner Rückkehr in die Heimat wieder in die Kasse eintreten (§ 7 d. V. und die nachfolgenden Bemerkungen).

[2]) Vgl. auch Kleeis in der Mon.-Schr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. 1915 Sp. 375 fg.

[3]) Die Zahlung der Beiträge kann auch durch Familienangehörige oder Dritte erfolgen (Rev.-Entsch. 1992, Amtl. Nachr. 1915 S. 432) wenn dies dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Versicherten entspricht.

Zu 2. Wenn die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse erloschen war, gestaltet sich der Wiedereintritt nach der Heimkehr regelmäßig nicht so leicht wie bei den Krankenkassen; so kann der Beitritt solchen Personen verweigert werden, die vor dem Krieg versicherungspflichtig arbeiteten, nachher aber eine solche Beschäftigung nicht wieder aufnehmen (§ 505 Abs. 1 RVO.); erkrankte Personen können zurückgewiesen werden (§ 505 Abs. 2 RVO.); ferner kann versicherungspflichtigen ausgeschiedenen Kriegsteilnehmern die Wiederaufnahme versagt werden, wenn sie aus ihrer früheren Mitgliedschaft noch Beiträge schulden oder aus einer anderen Versicherung Anspruch mindestens auf die Leistungen ihrer Krankenkasse haben (§ 505 Abs. 3 RVO.); weiterhin kann die erneute Aufnahme von der Beteiligung bei anderen Gesellschaften oder Vereinigungen abhängig gemacht werden (§ 504 RVO.). Die Verordnung erleichtert deshalb in § 7 den früher . . . . . ausgeschiedenen Mitgliedern von Ersatzkassen den Wiedereintritt, ähnlich wie dies durch § 3 des Ges. vom 4. August 1914, betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (RGBl. S. 334), und durch § 1 der Verordnung vom 28. Januar 1915 über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 49) bei denjenigen Kriegsteilnehmern geschehen ist, die früher Mitglieder einer reichsgesetzlichen oder knappschaftlichen Krankenkasse waren. Dabei wird auch der Zweck verfolgt, diese Kassen zu entlasten, da ihnen gegenüber den früheren Ersatzkassenmitgliedern nach den oben erwähnten Bestimmungen das Recht zum Wiedereintritt zusteht (s. auch die Bemerkungen unter Z. 1). § 7 der V. bestimmt daher, daß ausgeschiedene Mitglieder von Ersatzkassen, welche Kriegsdienste geleistet haben und den Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 genügen, nach der Rückkehr in die Heimat auf Antrag in ihre Ersatzkasse wieder aufgenommen werden müssen. Wie die der Verordnung beigegebene Begründung bemerkt, bezieht sich § 7 im Gegensatz zu den vorangehenden Paragraphen auf alle Ersatzkassen nach § 503 fg. RVO., nicht nur auf diejenigen, welche den Kriegsteilnehmern bei Fortsetzung der Versicherung satzungsmäßige Schwierigkeiten in den Weg gelegt haben. Dementsprechend kommt er auch — im Gegensatz zu § 1 — denen zugute, die während des Kriegsdienstes die Fortsetzung der Versicherung nach eigenem Willen oder infolge eigenen Verschuldens unterlassen haben, z. B. die Beiträge nach § 6 nicht rechtzeitig entrichtet haben. Unter „Rückkehr in die Heimat" wird die Heimkehr ins Inland und die Entlassung aus dem Kriegsdienst zu verstehen sein oder auch eine längere Beurlaubung, die den Kriegsteilnehmer in den Stand setzt, sein bürgerliches Leben wieder aufzunehmen.[4]) Bedingung für die Wiederaufnahme ist die rechtzeitige Antragstellung; nach § 8 ist der Antrag binnen 6 Wochen nach der Rückkehr in die Heimat zulässig; für Personen, die vor der Verkündung der V. zurückgekehrt sind, beginnt die Frist mit dem Verkündungstage, also mit dem 7. Juli 1916 (§ 8 Abs. 2). Der Antrag wirkt vom Eingang beim Vorstand der Ersatzkasse ab (§ 9 Abs. 2), also nicht erst von der ersten Beitragszahlung ab wie bei § 4. Ebenso wie die Fortsetzung der Mitgliedschaft gilt der Wiedereintritt nicht als neuer Beitritt (vgl. die Bemerkungen bei Z. 1). Da den Kassen eine starke Belastung daraus erwachsen kann, daß nach dem Kriege zahlreiche Personen, deren Gesundheit durch den Krieg und seine Begleiterscheinungen stark gelitten hat, von dem Rechte des Wiedereintritts Gebrauch machen, begründen nach § 9 in Verbindung mit § 5 der V. Erkrankungen, die bei der ersten Beitragsbezahlung bereits bestehen, keinen Anspruch auf Kassenleistungen.[5]) Zur Sicherung dieser Bestimmung ist den Ersatzkassen auch hier das Recht eingeräumt, eine ärztliche

[4]) Vgl. Entsch. d. RVA. 2105 Amtl. Nachr. 1915 S. 736, Arb.Vers. 1915 S. 821. Enger: Hahn Arb.Vers. 1914 S. 568; auch v. Schelhorn Arb.Vers. 1916 S. 534.

[5]) Daraus geht auch hervor, daß der wieder Beitretende auch wegen solcher Krankheiten, die zwischen dem Tag des Ausscheidens aus der Kasse und dem Tag des Wiedereintritts auftreten, keinen Anspruch gegen die Kasse hat (s. v. Schelhorn a. a. O. S. 536).

Untersuchung der neu Eintretenden anzuordnen.

Fraglich ist, ob versicherungspflichtige Personen, die während ihrer früheren Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten als Mitglieder der Krankenkasse nach § 517 RVO. gestellt hatten, im Fall des Wiedereintritts bei der Ersatzkasse diesen Antrag erneuern müssen, oder ob er von selbst auch für die Zeit der neuen Mitgliedschaft weiter wirkt. Man könnte geltend machen, daß sich die Erleichterungen, die für die Wiederaufnahme vorgesehen wurden, nur für den Beitritt zur Ersatzkasse beziehen und daß es das Interesse der Krankenkassen erfordert, daß ein neuer Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten gestellt wird; andererseits könnte aber darauf hingewiesen werden, daß der Zweck der neuen Vorschriften dahin geht, den Kriegsteilnehmer unter möglichst leichten Bedingungen in seinen früheren Rechtszustand zurückzuversetzen, daß der Wiedereintritt bei der Ersatzkasse nur an die Formvorschrift der rechtzeitigen Antragstellung geknüpft ist und daß er nach der Verordnung selbst nicht als neuer Beitritt gilt. Ich meine aber, daß von einem neuen Antrag nicht abgesehen werden kann, weil die neuen Vorschriften sich nur auf die Ersatzkassen beziehen, also die für die Krankenkassen bestehenden Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung unberührt lassen. Außerdem werden die Interessen des Kriegsteilnehmers selbst besser gewahrt, wenn ein neuer Antrag für notwendig gehalten wird; denn die Krankenkasse, der er nach Wiedereintritt in seine Ersatzkasse angehört, braucht nicht dieselbe zu sein, deren Mitglied er früher war (z. B. bei einem Wechsel des Beschäftigungsorts), die neue Kasse kann höhere Leistungen gewähren, so daß es für das Ersatzkassenmitglied vielleicht jetzt vorteilhafter ist, wenn seine Rechte und Pflichten als Mitglied der Krankenkasse nicht ruhen; es ist daher nur erwünscht, daß der Kriegsteilnehmer bei seinem Wiedereintritt in die Ersatzkasse neuerdings vor die Frage gestellt wird, ob seine Rechte und Pflichten bei der ordentlichen Krankenkasse ruhen sollen oder nicht. Auch die Geschäftsführung der Krankenkassen würde unnötig erschwert werden, wenn der frühere Antrag weiter wirken würde; man denke nur an den Fall, daß das Mitglied infolge Wechsels des Beschäftigungsorts nunmehr einer anderen Krankenkasse angehört als früher.[6])

Zu 3. Die Satzungen mancher Ersatzkassen gewähren die Kassenleistungen oder Mehrleistungen erst nach Zurücklegung einer gewissen Wartezeit; den zum Heeresdienst einberufenen und dadurch aus den Ersatzkassen ausscheidenden Mitgliedern geht dann in der Regel die bisherige Wartezeit verloren, so daß sie beim Wiedereintritt eine neue zurücklegen müssen. § 11 der V. bestimmt daher, anknüpfend an § 2 des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334), daß für Versicherungspflichtige und für Versicherungsberechtigte auch bei den Ersatzkassen der Fristenlauf ruht, so lange sie während des gegenwärtigen Krieges dem Reich oder einer ihm verbündeten Macht Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten. Ist die Wartezeit bereits früher erfüllt worden, so bedarf es später nicht mehr der Zurücklegung einer neuen Wartezeit (§ 11 Abs. 2 der V.). Nicht ohne weiteres klar ist die Tragweite des § 11 Abs. 2 S. 3 der V., wonach die Zeit, für welche die Beiträge weiter bezahlt werden, auf die Wartezeit angerechnet wird; denn in der Regel werden die Beiträge nur während der Mitgliedschaft bezahlt, diese wird aber ohnehin auf die Wartezeit angerechnet; es kann daher nur an den Fall gedacht sein, daß ein früheres Mitglied die Beiträge bezahlt, ohne sonst Mitgliedsrechte zu besitzen; dies kann z. B. vorkommen, wenn ein Ersatzkassenmitglied mit der Einberufung zum Kriegsdienst ausscheidet, ohne Anspruch auf Fortsetzung der Mitgliedschaft nach § 1 und 2 der V. zu haben; die Beiträge können dann

[6]) Auch dann, wenn ein Versicherungspflichtiger infolge Aenderung des Beschäftigungsorts Mitglied einer anderen Krankenkasse wird, ohne aus der Ersatzkasse auszuscheiden, ist der Antrag nach § 517 RVO. bei dieser Krankenkasse erneut zu stellen (Arb Vers. 1915 S. 503/04).

mit der Wirkung weiter bezahlt werden, daß die Beitragszeit auf die Wartezeit angerechnet werden muß (vgl. auch Hahn Arb.Vers. 1914 S. 569 und von Schelhorn Arb.Vers. 1916 S. 538). Die Erleichterungen der Verordnung für den Wiedereintritt kommen in diesem Fall dem Kriegsteilnehmer allerdings nicht zugute, wenn er um die Wiederaufnahme nachsucht, er muß vielmehr die satzungsmäßigen Bedingungen hierfür erfüllen; kann er dies, dann werden ihm die ganze Zeit der früheren Mitgliedschaft und die Zeit der Beitragsleistung ohne Mitgliedschaft auf die Wartezeit angerechnet. Das Anwendungsgebiet des § 11 beschränkt sich eben nach seiner Fassung überhaupt nicht auf die Kriegsteilnehmer, die Anspruch auf Fortsetzung der Versicherung nach §§ 1 und 2 haben; die Anrechnung der früheren Wartezeit muß vielmehr immer erfolgen, wenn ein Mitglied infolge Einberufung zum Kriegsdienst aus der Kasse ausscheidet und nach seiner Rückkehr wieder eintritt.

In diesem Zusammenhang ist auch noch darauf hinzuweisen, daß die bei den Ersatzkassen zurückgelegte Mitgliedschaft auf die Wartezeit der Krankenkassen für den Anspruch auf Mehrleistungen (§ 208 RVO.) nicht angerechnet werden kann (Rev.-Entsch. 2070, Amtl. Nachr. 1915 S. 634).

Die Verordnung ist mit dem Tage der Verkündung in Kraft getreten (§ 12). Entgegenstehende Satzungsbestimmungen haben den Berechtigten gegenüber keine Wirkung, soweit sie nicht für sie günstiger sind (§ 10).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Anordnung von Sachleistungen für Trunksüchtige (§§ 120, 121 RVO).

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 17. Juni 1916.

Der Senat hatte zunächst zu prüfen, ob die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt zulässig war. Das hängt nach §§ 1799, 1693 a. a. O. davon ab, ob das Oberversicherungsamt ohne die Abgabe endgültig hätte entscheiden müssen. Dies ist hier der Fall. Die Anordnung über Gewährung von Sachleistungen an Trunksüchtige (§ 120 RVO.) wird nach § 121 Abs. 1 Satz 1 von dem Versicherungsamt erlassen. Dieses entscheidet gemäß § 121 Abs. 1 Satz 2 auch bei Streit zwischen dem Bezugsberechtigten und der Gemeinde, welche die Sachleistungen nach § 120 Abs. 2 zu gewähren hat. Gemäß § 121 Abs. 2 entscheidet auf Beschwerde das Oberversicherungsamt endgültig. In der Literatur wird die Auffassung vertreten, daß diese Vorschrift, ebenso wie § 121 Abs. 1 Satz 2 sich nur auf Streitigkeiten auf Grund einer bereits erlassenen Anordnung über die Gewährung von Sachleistungen, nicht aber auf einen Streit über die Anordnung selbst beziehe. Gegen eine Entscheidung des Oberversicherungsamts hierüber sei daher nach § 1797 RVO. weitere Beschwerde an das Reichsversicherungsamt zulässig (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. u. 9. Aufl. Anm. zu § 121). Der Senat hat sich dieser Ansicht nicht angeschlossen. Die Vorschrift, daß das Oberversicherungsamt auf Beschwerde endgültig entscheidet, ist in einem besonderen Absatz des § 121 nämlich in Abs. 2 enthalten. Sie ist demnach nicht lediglich im Zusammenhange mit § 121 Abs. 1 Satz 2 auszulegen, sondern auch auf Streitigkeiten nach § 121 Abs. 1 Satz 1, also auf solche über die Anordnung selbst zu beziehen (zu vgl. Hanow, Kommentar, 3. Aufl. Anm. 2 zu § 121). Das Oberversicherungsamt hätte somit vorliegend ohne die Abgabe an das Reichsversicherungsamt endgültig entscheiden müssen, so daß die Abgabe zulässig war.

Die Befugnis der Krankenkasse zur Einlegung der Beschwerde unterliegt keinem Bedenken. Das Oberversicherungsamt hat die Anordnung aus Gründen, die sich aus der besonderen Lage des Falles ergeben, abgelehnt. Damit hat es eine beschwerdefähige Entscheidung im Sinne des § 1792 RVO. getroffen (zu vgl. Entsch. 2167, Amtl. Nachr. 1916 S. 381). Die Beschwerde hiergegen steht den Beteiligten zu (zu vgl. § 1795 RVO. und Entsch. 1845 Amtl. Nachr. 1914 S. 515). Dazu gehört auch die Kasse, weil die Frage, ob die Anordnung zu erlassen ist, ihre rechtliche Stellung zu dem Versicherten in einem künftigen Versicherungsfall berührt. Denn wenn die Anordnung ergeht, hat die Kasse unbeschadet des § 120 Abs. 3 keine Barleistungen zu bewirken, während sie andernfalls hierzu verpflichtet ist.

In der Sache selbst war der Ansicht des Versicherungsamts nicht beizutreten. Die Vorschrift

des § 120 Abs. 1 Satz 1, wonach nicht entmündigten Trunksüchtigen ganz oder teilweise Sachleistungen gewährt werden dürfen, ist wesentlich vorbeugender Natur (zu vgl. Kommissionsber. I S. 217 oben). Sie will verhindern, daß ein Trunksüchtiger bares Geld und dadurch Mittel zur Befriedigung der Trunksucht erlangt. Diesem Zwecke würde es für das Gebiet der Krankenversicherung nicht entsprechen, wenn die Gewährung von Sachleistungen erst nach Eintritt des Versicherungsfalls angeordnet werden könnte. Nach § 121 Abs. 1 Satz 1 hat das Versicherungsamt vor Erlaß der Anordnung die Gemeindebehörde und den Bezugsberechtigten zu hören. Außerdem sind die erforderlichen Ermittlungen anzustellen. Die Anordnung des Versicherungsamts könnte daher stets erst einige Zeit nach Eintritt des Versicherungsfalls ergehen. Bis dahin müßte die Kasse die Barleistungen, die nach § 210 mit Ablauf jeder Woche auszuzahlen sind, gewähren, da der Antrag auf Erlaß der Anordnung keinen Aufschub bewirkt. Das wäre mit dem Zwecke des § 120, der wesentlich vereitelt würde, unvereinbar, zumal da die Kasse auch in jedem weiteren Versicherungsfall erst die Entscheidung des Versicherungsamts abzuwarten und bis dahin die Sachleistungen zu gewähren hätte. Es muß daher angenommen werden, daß die Anordnung schon vor Eintritt des Versicherungsfalls statthaft ist (zu vgl. Blätter für praktische Trinkerfürsorge 1916 S. 2). Der Versicherte wird dadurch nicht benachteiligt, denn wenn die Trunksucht wesentlich gebessert oder geheilt wird, kann er bei dem Versicherungsamt die Aufhebung der Anordnung beantragen. Auch der Wortlaut der §§ 120, 121 spricht nicht gegen die hier vertretene Auffassung. Insbesondere kann unter dem „Bezugsberechtigten" im Sinne dieser Vorschriften auch ein für den Fall einer Erkrankung Bezugsberechtigter verstanden werden.

Lazarettaufenthalt, als Wohnort, maßgebend für die Zuständigkeit (§§ 1613 ff, 1614, 1617, 1637 RVO.)

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 8. Juli 1916 (2218 Amtl. Nachr. 1916 S. 562).

Der Musketier, frühere Melker S. ist im Kriege verwundet und vom 5. Mai 1915 bis Januar 1916 im Reservelazarett in R. behandelt worden. Am 30. Dezember 1915 beantragte er bei dem Versicherungsamte der Stadt R. die Gewährung der Invalidenrente. Im Januar 1916 wurde er zum Ersatzbataillon eines Infanterieregiments in P. entlassen. Es besteht Streit zwischen dem Versicherungsamte der Stadt R. und dem Königlichen Versicherungsamt in P. über die Zuständigkeit zur Behandlung des Rentenantrags. Das nach §§ 1799, 1693 RVO. mit der Sache befaßte Reichsversicherungsamt erklärte das Versicherungsamt in R. für zuständig. — Gründe:

Nach den §§ 1613, 1614, 1617, 1637 RVO. ist für die Entgegennahme und Vorbereitung eines Rentenantrags das Versicherungsamt zuständig, in dessen Bezirke der Versicherte zur Zeit des Antrags wohnt oder beschäftigt ist. Ein Wohnort in diesem Sinne wird nicht nur durch den Wohnsitz im allgemeinrechtlichen Sinne, sondern auch durch länger dauerndes, nicht zufälliges tatsächliches Verweilen begründet (zu vgl. Bescheide 1617 und 2650 sowie Entsch. 1755, Amtl. Nachr. 1912 S. 874, 1913 S. 639 und 677). Somit hatte S. zur Zeit der Antragstellung seinen Wohnort in R., da er sich dort etwa acht Monate im Lazarett aufgehalten hat. Folglich ist das Versicherungsamt der Stadt R. zuständig.

Diese Entscheidung widerspricht nicht der von dem Oberversicherungsamte erwähnten, auf dem Gebiete der Unfallversicherung ergangenen Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 30. Nov. 1915 (I 8805/15), abgedruckt in der Zeitschrift „Die Berufsgenossenschaft" 1916 S. 17. In dem dort entschiedenen Falle handelt es sich, wie sich aus der Entscheidung ergibt, bei dem Verweilen des Versicherten am letzten inländischen Truppenstandorte, der für die Zuständigkeit des Versicherungsamts nicht als maßgebend angesehen wurde, nur um einen kürzeren Aufenthalt. Der Truppenstandort konnte daher für den Versicherten nicht als Wohnort im Sinne des § 1637 gelten.

Die Berichtigung von Entscheidungen ist nur durch Beschwerde anfechtbar.

Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 12. Febr. 1916 (2882 Amtl. Nachr. 1916 S. 505).

Die Berichtigung von Entscheidungen der Versicherungsträger und der Versicherungs- und Oberversicherungsämter ist nur im Beschwerdeweg anfechtbar. Für die Zulassung eines anderen Rechtsmittels ist kein Raum. Dies hat das Reichsversicherungsamt in einer Rekursentscheidung auf Grund der §§ 1791, 1673, 1679 RVO. ausgesprochen und dabei ausgeführt, daß nach der Reichsversicherungsordnung zur Nachprüfung der Rechtmäßigkeit der Berichtigung im Gegensatze zum bisherigen Rechte nicht mehr das Rechtsmittel zugelassen werden könne, das sonst gegen Entscheidungen von der Art der berichtigten gegeben und für das nach früherem Rechte die Rechtsmittelfrist von der Zustellung der berichtigten Entscheidung abgelaufen sei. Mit anderen Worten — so heißt es in der Entscheidung weiter —, über die Berechtigung der Berichtigung eines Bescheids kann nicht im Einspruchsverfahren und dann weiter im Berufungs- und gegebenenfalls Rekursverfahren entschieden werden. Dies hat das Reichsversicherungsamt nach früherem Rechte nur

mit der Begründung zugelassen, daß im Gesetz ein Beschwerdeverfahren in Fällen der Berichtigung entgegen der Zivilprozeßordnung nicht geregelt sei, die Möglichkeit einer Anfechtung des Berichtigungsbeschlusses aber auch im Verfahren der Unfallversicherung gegeben sein müsse. Nach der Reichsversicherungsordnung trifft diese Begründung nicht mehr zu. Die Rekursentscheidung 2474 (Amtl. Nachr. 1911 S. 451), in der die früheren Grundsätze niedergelegt sind, hat daher nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung keine Geltung mehr (zu vgl. Lehmann, 3. Aufl. S. 335 Anm. 8 zu § 1673 und S. 212 Anm. 5e zu § 1583 am Ende).

Die auftraggebende Firma als mittelbare Arbeitgeberin der von einem Handwerksmeister beschäftigten Arbeiter.

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** vom 30. Mai 1916 (321/16 K).

Für den Sattlermeister N. als Arbeitgeber waren die in den Anlagen bezeichneten Arbeiter und Arbeiterinnen zur Ortskrankenkasse gemeldet worden. Die Kasse versuchte jedoch vergebens die Beiträge von ihm einzuziehen. Im Vollstreckungsverfahren trat er dann mit der Behauptung hervor, daß die Beschäftigung für Rechnung der Firma H. stattgefunden und diese auch die Beitragsteile der Arbeiter von ihrem Lohn gekürzt hätte. Die Kasse hat daraufhin beantragt, diese Firma zur Entrichtung der Beiträge zu verurteilen.

Die Firma hat die Abweisung des Antrages beantragt und über ihr geschäftliches und vertragliches Verhältnis zu N. folgendes angegeben: Die Firma betreibe im Frieden eine Korsettfabrik. Im Kriege habe sie die Herstellung von Patronentaschen für die Heeresverwaltung und für Heereslieferanten übernommen und die Arbeiten durch schriftlichen Vertrag dem Sattlermeister N. nach vereinbarten Stückpreisen übertragen. Er habe das Garn zu liefern und die Steppmaschinen stellen müssen. Als Werkstatt stelle die Firma ihm ihre Geschäftsräume zur Verfügung; die Firma stelle auch die Stanzmaschine, Messer und das andere Arbeitsgerät. Ein Betriebskapital habe N. nicht gehabt noch gebraucht; alle nötigen Gelder und Betriebsmittel, mit Ausnahme der Steppmaschinen und einer Schärfmaschine, habe die Firma ihm vorgestreckt und geliefert. N. sei vertraglich zur Einhaltung der ihm gesetzten Lieferungstermine verpflichtet gewesen und sollte den Arbeitern und Arbeiterinnen gegenüber, die er selbständig anzunehmen hatte und entlassen konnte, als Arbeitgeber gelten, auch ihre Versicherung auf seine Kosten bewirken. Die Firma beschaffte aber die Anmeldungen auf seinen Namen. An einem Minderverbrauch des Leders unter einem festgesetzten Durchschnittssatz sollte er mit 10 % des Wertes beteiligt sein. Die Firma nahm ausdrücklich das Recht der Kontrolle über die ordnungsmäßige Fabrikation in Anspruch und übte diese Kontrolle auch aus. Unbrauchbare Taschen wurden ihm zurückgegeben und nicht vergütet, da er vertraglich zur Lieferung nach den Bedingungen der Militärbehörde verpflichtet war und von den Abnehmern beanstandete Stücke zurücknehmen mußte.

Der N. ergänzte diese Angaben noch im folgenden: Er habe von der Firma meistens 50 M wöchentlich für seinen persönlichen Bedarf vorgestreckt erhalten. Bei der Abrechnung nach Beendigung der Arbeiten habe sich für ihn kein Ueberschuß ergeben, vielmehr schuldete er noch der Firma mehr als 3000 M. Zur Sicherung habe die Firma seine Maschinen zurückbehalten. Für Dezember und Januar habe die Firma für ihn die Beiträge direkt an die Kasse gezahlt. Er habe sich um die Zahlung der Gelder überhaupt nicht gekümmert, sondern alle Personen, die Geld hätten haben wollen, an das Fabrikkontor der Firma verwiesen. Nur die Löhne habe er aus den ihm dafür zur Verfügung gestellten Beträgen gezahlt, nachdem die Firma die Lohnbücher geprüft hätte; dabei wären die Versicherungsbeiträge in Abzug gebracht worden. In den Geschäftsräumen der Firma habe er nur für diese arbeiten dürfen.

Die Firma hat die letztere Angabe bestätigt, auch zugegeben, daß die ersten Kassenbeiträge im Januar 1915 direkt von ihr an die Kasse gezahlt seien, aber für Rechnung von N.

Das Versicherungsamt verurteilte die **Firma** als Arbeitgeberin zur Zahlung der Kassenbeiträge aus folgenden **Gründen**:

Bei dieser Sachlage konnte es keinem Zweifel unterliegen, daß der N. in ein wirtschaftliches und persönliches Abhängigkeitsverhältnis in solchem starken Maße zu der Firma H. getreten war, daß hier ein Lohnarbeitsverhältnis zwischen ihm und der Firma im versicherungsrechtlichen Sinne angenommen werden mußte. Mag auch das geschäftliche Verhältnis nach der zivilrechtlichen Form und Natur des Vertrages sich äußerlich als das eines Unternehmers zu einem anderen Unternehmer kennzeichnen, so ist doch diese Form gegenüber der tatsächlichen Gestaltung und wirtschaftlichen Bedeutung des Verhältnisses bedeutungslos. Die Betriebsmittel, die Werkstatt, die Arbeitsgeräte mit Ausnahme der bezeichneten Maschinen, das Betriebskapital, das Material wurden von der Firma gestellt. Sie hielt den N. unter ständiger Aufsicht und ließ ihm so wenig Freiheit in der geschäftlichen Bewegung, daß er nicht anders dastand als ein Meister, dem die Leitung einer besonderen Betriebsabteilung übertragen ist. Alle Einnahmen und Ausgaben gingen durch ihre Hand und durch ihre Bücher, und er selbst erhielt kaum soviel Geld wöchentlich zu seinem persönlichen Bedarf wie er als Meister in jetziger Zeit in einem solchen Betriebe verdient hätte. Unter diesen Umständen ist es ohne Bedeutung, daß für die fertiggestellten und abgenommenen Waren Stückpreise vereinbart waren, aus denen die von der Firma verauslagten Betriebskosten (für Material, Maschinen, Geräte, Löhne, Miete usw.) zu decken waren. Wenn überhaupt bei dieser Regelung für den N. die Möglichkeit eines Unternehmergewinnes bestand, so kann er doch nur so gering bemessen gewesen sein, daß

sein Verdienst den Lohn eines mit Kriegslieferungen beschäftigten Werkmeisters nicht überstiegen hätte. Aus der von der Firma nicht bestrittenen Tatsache, daß das Unternehmen für R. mit einem Verlust für ihn abschloß, wenn man die an ihn gezahlten Lohnbeträge nicht berücksichtigt, ergibt sich klar, daß ihm die Möglichkeit zur Erzielung eines nennenswerten Unternehmergewinns durch die wirtschaftlich stärkere und kaufmännisch die Lage ausnutzende Firma, die allein den Absatz der Ware und ihren Preis bestimmte, genommen war. So war es lediglich die Firma, welche über seine Arbeitskraft und das Ergebnis seiner Arbeit verfügte und ihn sich dergestalt unterordnete, daß er als selbständiger Unternehmer nicht mehr gelten konnte. Er war daher einem Lohnarbeiter gleichzuerachten und die von ihm beschäftigten Arbeiter und Arbeiterinnen waren in Wahrheit durch ihn für die Firma H. tätig. Diese mußte daher als Arbeitgeberin angesehen werden mit der Folge, daß sie — wie sie schon zuerst die Kassenbeiträge gezahlt hat —, auch weiterhin der Kasse die Beiträge zu leisten hat und persönlich und unmittelbar für sie haftet.

B. Zur Krankenversicherung.

Keine Pflicht zur Abmeldung bei Eintritt der Befreiung nach § 171 RVO. — Keine Rückwirkung der Befreiung.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. April 1916 (2212 Amtl. Nachr. 1916 S. 551).

Die Deutsche Bank in Berlin hat ihre kaufmännischen Angestellten, soweit sie versicherungspflichtig waren, bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Berlin angemeldet. Im Dezember 1913 beschloß sie, ihnen im Krankheitsfalle das volle Gehalt für die Dauer von 26 Wochen fortzugewähren und bei der obersten Verwaltungsbehörde zu beantragen, sie nach § 11 RVO. für versicherungsfrei zu erklären. Der Antrag ist spätestens am 6. Mai 1914 bei dem Minister für Handel und Gewerbe gestellt worden. Daraufhin bestimmte der Minister durch Erlaß vom 11. Mai 1914, daß die von der Deutschen Bank beschäftigten Handlungsgehilfen vom 1. Januar 1914 ab von der Krankenversicherungspflicht befreit seien. Die Beiträge sind bis zum 30. Juni 1914 entrichtet worden. In zahlreichen Fällen hat die Kasse Krankenhilfe gewährt. Nach Kenntnisnahme von dem vorerwähnten Erlasse ersuchte die Deutsche Bank die Allgemeine Ortskrankenkasse, die Beiträge für die seit dem 1. Januar 1914 befreiten Handlungsgehilfen zurückzuzahlen. Sie erklärte sich ferner bereit, im Vergleichswege von diesem Betrage die Aufwendungen für Krankenhilfe abzusetzen. Die Kasse lehnte die Zurückzahlung der Beiträge ab, da der Erlaß vom 11. Mai 1914 ungültig sei. Die gesetzliche Voraussetzung der Befreiung, nämlich die Gewährleistung eines der im § 169 RVO. bezeichneten Ansprüche, sei nicht erfüllt; auch hätte es einer ordnungsmäßigen Abmeldung sämtlicher befreiten Handlungsgehilfen bedurft. Ueberdies habe der Erlaß sich zu Unrecht rückwirkende Kraft beigelegt. Da nach Ansicht der Kasse eine Befreiung nicht rechtswirksam erfolgt ist, hält sie die Deutsche Bank zur Fortzahlung der Beiträge für verpflichtet und verlangt die Beiträge für den Monat Juli 1914. Endlich hat sie behauptet, die Deutsche Bank habe sich mündlich damit einverstanden erklärt, daß das bisherige Verhältnis zur Kasse über den 1. Juli 1914 hinaus weiterlaufe.

Die Bank hat beim Versicherungsamte beantragt, die Allgemeine Ortskrankenkasse zur Rückzahlung der nach ihrer Ansicht zu Unrecht gezahlten Beiträge zu verurteilen. Die Kasse hat demgegenüber beantragt, die Bank mit ihrem Anspruch abzuweisen und sie anzuhalten, auch die Beiträge für den Monat Juli 1914 an sie zu zahlen. Ferner hat sie beantragt, die Bank zu verurteilen, anzuerkennen, daß die Versicherungspflicht der von ihr beschäftigten Handlungsgehilfen über den 31. Juli 1914 hinaus fortbestehe. Das Versicherungsamt hat die beiderseitigen Ansprüche abgewiesen. Gegen diese Entscheidung haben beide Teile Beschwerde beim Oberversicherungsamte Groß Berlin eingelegt. Dieses hat die Sache nach §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben. Das Reichsversicherungsamt hat die Entscheidung des Versicherungsamts aufgehoben mit folgender Begründung:

Die Allgemeine Ortskrankenkasse meint, daß für die auf Grund des § 171 RVO. von der Versicherungspflicht Befreiten nach § 397 Abs. 1 a. a. O. die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen seien. Dem kann nicht beigetreten werden. Eine Verpflichtung zur Abmeldung im Sinne des § 397 Abs. 1 besteht nicht bezüglich solcher Personen, die infolge ihrer Befreiung nach § 171 aus der Versicherungspflicht ausscheiden. Diese Verpflichtung kann nicht aus § 317 Abs. 1 Satz 2 hergeleitet werden. Danach haben die Arbeitgeber Aenderungen des Beschäftigungsverhältnisses, welche die Versicherungspflicht berühren, binnen drei Tagen bei der Kasse zu melden. Um eine solche die Versicherungspflicht berührende Aenderung des Beschäftigungsverhältnisses handelt es sich hier nicht. Allerdings kann die Gewährleistung eines der im § 169 bezeichneten Ansprüche eine Aenderung des Beschäftigungsverhältnisses bedeuten. Aber nicht durch die Gewährleistung, sondern lediglich durch den darauf ergangenen Erlaß der obersten Verwaltungsbehörde wird die Befreiung von der Versicherungspflicht begründet und somit im Sinne des § 317 Abs. 1 Satz 2 die Versicherungspflicht berührt (abweichend Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1 d zu § 317). Eine Abmeldepflicht des Arbeitgebers bestand also nicht

und infolgedessen auch keine Verpflichtung zur Beitragszahlung bis zur ordnungsmäßigen Abmeldung nach § 397 Abs. 1. Im übrigen ergibt sich aus den Akten, daß der Ortskrankenkasse von der Deutschen Bank im Laufe des Monats Juli 1914 ein genaues Verzeichnis sämtlicher durch den Erlaß vom 11. Mai 1914 befreiten Personen übersandt worden ist.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse macht ferner geltend, daß zwischen den Parteien vereinbart worden sei, das bisherige Versicherungsverhältnis, wonach die Handlungsgehilfen bei ihr versichert waren, bis zum Ablauf des Monats Juli 1914 fortbestehen zu lassen. Eine solche Vereinbarung wird von der Deutschen Bank in Abrede gestellt. Nach ihrer Angabe hat es sich nur um eine vorläufige, unverbindliche, nur zu Rechnungszwecken getroffene Abmachung gehandelt. Aber auch wenn eine Vereinbarung vorliegen würde, wäre sie bedeutungslos, da die Versicherungspflicht lediglich auf öffentlichrechtlicher Grundlage beruht. Für eine Vereinbarung hierüber ist somit kein Raum. Es ist auch nirgends behauptet worden und kann nach dem ganzen Inhalt der Verhandlungen nicht angenommen werden, daß eine freiwillige Weiterversicherung von irgend einer Seite beabsichtigt war. Auch sie kommt somit nicht in Betracht.

Somit hängt die Frage, ob und bejahendenfalls von welchem Zeitpunkt ab die Befreiung von der Versicherungspflicht erfolgt ist, lediglich davon ab, welche Wirkung dem Erlasse des Königlich Preußischen Ministers für Handel und Gewerbe vom 11. Mai 1914 beizulegen ist. Die Allgemeine Ortskrankenkasse hält den Erlaß für ungültig, da es an der erforderlichen Voraussetzung, nämlich einer ausreichenden Sicherstellung der Versicherten gefehlt und der Erlaß sich auch zu Unrecht rückwirkende Kraft beigelegt habe.

Der erste Einwand schlägt nicht durch. Nach der unbestrittenen Erklärung der Deutschen Bank hat ihr Vorstand bereits im Dezember 1913 beschlossen, den kaufmännischen Angestellten, die der Versicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung unterliegen, im Krankheitsfalle das volle Gehalt für 26 Wochen weiterzugewähren. Danach ist ihnen einer der im § 169 bezeichneten Ansprüche im Sinne des § 171 gewährleistet. Der Kasse kann aber auch darin nicht beigetreten werden, daß der Erlaß um deswillen unwirksam sei, weil er sich zu Unrecht rückwirkende Kraft beigelegt habe. Selbst wenn man annimmt, daß die Wirkung des Erlasses auf eine zurückliegende Zeit nicht erstreckt werden durfte, so folgte daraus doch lediglich, daß der Erlaß für die zurückliegende Zeit nicht gültig wäre, ohne für die Zukunft seine Wirksamkeit zu verlieren. Es fragt sich demnach nur, ob der Erlaß eine Befreiung mit rückwirkender Kraft vom 1. Januar 1914 ab aussprechen konnte. Das ist aber zu verneinen. Wie bereits in der Entsch. 2119 (Amtl. Nachr. 1915 S. 775) dargelegt ist, bewirkt die Gewährleistung eines der in § 169 erwähnten Ansprüche von einem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt nicht Versicherungsfreiheit für den bereits verflossenen Zeitraum. Was für die Versicherungsfreiheit nach § 169 ausgesprochen ist, muß aber auch für die Befreiung nach § 171 gelten. Für die Auslegung einer Gesetzesvorschrift ist in erster Linie der Wortlaut maßgebend. Der Wortlaut des § 171 gibt keinen Anhalt dafür, daß eine Befreiung auch für eine bereits verstrichene Zeit ausgesprochen werden könnte, während im § 175 bezüglich der Befreiung nach §§ 173, 174 ausdrücklich vorgeschrieben ist, daß sie vom Eingang des Antrags an wirkt. Weiter kommt in Betracht, daß § 171 wie alle die Regel des § 165 durchbrechenden Vorschriften (§§ 169 ff.) eine Ausnahmevorschrift und als solche nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen eng auszulegen ist. Ferner sprechen auch die in der Entsch. 2119 aufgeführten sonstigen sachlichen Erwägungen gegen eine Befreiung mit rückwirkender Kraft. Jede Versicherung ist mit einem Risiko verbunden. Solange es der Versicherungsträger trägt, hat er auch einen rechtlich gesicherten Anspruch auf die entsprechende Gegenleistung, nämlich die Beiträge. Anderseits hat der Versicherte für die Dauer des Versicherungsverhältnisses bei Eintritt des Versicherungsfalls einen gesetzlich gewährleisteten Anspruch gegen den Versicherungsträger. Diese Grundsätze würden in Frage gestellt werden, wenn ein begründetes Versicherungsverhältnis nachträglich mit rückwirkender Kraft aufgehoben werden könnte. Hätte ein derartiger, den Grundsätzen der Versicherung widersprechender Eingriff in bestehende Rechtsverhältnisse der obersten Verwaltungsbehörde in § 171 eingeräumt werden sollen, so hätte der Gesetzgeber dies jedenfalls ausdrücklich ausgesprochen. Im übrigen würde eine solche Befugnis auch zu höchst unerwünschten Ergebnissen führen. Die Krankenkasse müßte die Beiträge für eine zurückliegende Zeit zurückzahlen, könnte sich aber wegen der bereits den Versicherten gewährten Leistungen nur an diese selbst halten und müßte sie gegebenenfalls im ordentlichen Rechtswege von ihnen zurückfordern. Ein derartiges Ergebnis wäre sowohl für die Krankenkasse wie für die Versicherten unbefriedigend. Auch in der Literatur wird angenommen, daß die Befreiung nach § 171 RVO. mit rückwirkender Kraft nicht ausgesprochen werden kann (Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 170 und Anm. zu § 171, wo allerdings bemerkt ist, daß eine Rückwirkung bis zum Eingang des Antrags des Arbeitgebers zulässig sei, Arb.Vers. 1914 S. 689, 761, 762; ab-

weichender Ansicht Hoffmann, Arb.Vers. 1914 S. 849, Zentralbl.d.Reichsvers. 1915 S. 8).

Eine Befugnis der obersten Verwaltungsbehörde, die Befreiung der Handlungsgehilfen mit rückwirkender Kraft auszusprechen, muß daher verneint werden. Anderseits ist durch den Erlaß vom 11. Mai 1914 die Befreiung von der Versicherungspflicht für die Zukunft mit Recht erfolgt. Er wirkt von dem Tage ab, an dem er ergangen ist. Demnach ist der 11. Mai 1914 der Stichtag für die Verpflichtung der Deutschen Bank zur Beitragszahlung und den Anspruch auf Rückzahlung der zu Unrecht gezahlten Beiträge. Da die Entscheidung des Versicherungsamts nicht diesen Tag, sondern den 30. Juni 1914 als maßgebend ansieht, so mußte sie aufgehoben werden. Im übrigen wird unter Zugrundelegung des 11. Mai 1914 als Stichtag und der Bestimmung der Satzung der Ortskrankenkasse noch näher festzustellen sein, welchen Betrag die Ortskrankenkasse an die Deutsche Bank zurückzuzahlen hat. Zu diesem Zweck mußte die Sache an das Versicherungsamt zurückverwiesen werden.

Zulässigkeit der Revision nach § 1695 Ziff. 2 RVO. — Sanatogen als Arznei oder als Heilmittel.

Rev. Entsch. des sächs. Landesversicherungsamts vom 1. Juli 1916.

Die Revision ist formell zulässig. Denn keiner der in § 1695 RVO. bestimmten Ausschließungsgründe liegt vor. Insbesondere kann auch daraus, daß als Gegenstand der Klage nur ein Anspruch auf Krankenpflege geltend gemacht ist, die Unzulässigkeit nicht hergeleitet werden. Die grundsätzliche Entscheidung des erkennenden Senates vom 16. Januar 1915 (Sammlung der grundsätzl. Entsch. des Landesversicherungsamtes, Jahrg. 1 S. 161, Ziff. 16), die die Unzulässigkeit der Revision in einem Falle ausspricht, in dem auch nur die Krankenpflege streitig war, steht dieser Auffassung nicht entgegen, weil damals der Versicherte überhaupt nur neun Tage arbeitsunfähig war, im gegenwärtigen Streitfalle dagegen es sich um einen Unterstützungsfall handelt, in dem die Kranke länger als acht Wochen arbeitsunfähig war (Ziff. 2 des § 1695). Gerade diese Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist aber für die Frage der Zulässigkeit der Revision nach der maßgebenden Gesetzesbestimmung entscheidend, dagegen nicht der Umfang des Streites über die aus der Arbeitsunfähigkeit entstehenden Ansprüche. Deshalb ist in solchen Fällen, in denen der Kranke mindestens acht Wochen arbeitsunfähig war, die Revision bei Ansprüchen auf Leistungen der Krankenversicherung stets zulässig, gleichviel ob der streitige Anspruch einen Zeitraum von weniger als acht Wochen umfaßt (vergl. Grundsätzl. Entsch. des RVA. Amtl. Nachr. 1915, 367, Ziff. 1966) oder nur einen Teil der Krankenhilfe, im vorliegenden Falle nur Krankenpflege, betrifft.

Sachlich ist die Frage zu entscheiden, ob Sanatogen als Arznei oder Heilmittel im Sinne der Reichsversicherungsordnung zu gewähren ist. Diese Entscheidung kann nicht übereinstimmend für alle möglichen Fälle getroffen werden. Nach § 182 Ziff. 1 RVO. ist von den Krankenkassen Krankenpflege vom Beginne der Krankheit an zu gewähren und umfaßt „ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleinen „Heilmitteln". Im entsprechenden § 6 KVG. hieß es „freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel". Die Reichsversicherungsordnung enthält hiergegen dem früheren Rechte keine Neuerung. Wenn die Reichsversicherungsordnung statt von „ähnlichen" Heilmitteln von „anderen kleineren" Heilmitteln spricht, so ist auch mit diesen Worten keine sachliche Aenderung beabsichtigt gewesen — wie die Begründung ausdrücklich betont; denn die Aehnlichkeit bezog sich schon nach altem Rechte in der Hauptsache auf den Kostenaufwand (vgl. Kommentar von Frankenberg § 182 Anm. 1 und 6 i; Hoffmann § 182 Anm. 7; Hahn § 182 Anm. 5; Haenel § 182 Anm. 2 und 3; Stier-Somlo § 182 Anm. 11 a; Laß § 182 Anm. 6 g). Hinzugekommen ist in der Reichsversicherungsordnung nur die Bestimmung in § 193 Abs. 1, wonach die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes für kleinere Heilmittel einen Höchstbetrag festsetzen und auch bestimmen kann, daß die Kasse bis zu dieser Höhe einen Zuschuß für größere Heilmittel gewähren darf und die weitere Bestimmung in Abs. 2, daß die Satzung bei Krankenpflege noch andere als kleine Heilmittel, insbesondere Krankenkost, zubilligen kann. Was unter „Arznei" und „Heilmittel" zu verstehen ist, ist weder in der Reichsversicherungsordnung noch im Krankenversicherungsgesetz gesagt; auch aus der Begründung, den Kommissions- und Reichstagsverhandlungen ist über diese Begriffe nichts zu entnehmen. Aus dem Kommissionsberichte zum Krankenversicherungsgesetz ist nur soviel zu entnehmen, daß außer der freien ärztlichen Behandlung und Arznei auch solche Heilmittel zu gewähren sind, „die, wie die beispielsweise genannten Brillen und Bruchbänder mit der Krankenbehandlung in unmittelbarem Zusammenhange stehen und zur Sicherung des Erfolges der Kur notwendig sind." Ferner daß „der Ausdruck Arznei wohl kaum den Begriff richtig decke, da es z. B. zweifellos sei, daß bei äußeren Verletzungen für Lieferung von Verbandzeug eine Bezahlung vom Versicherten nicht gefordert werden

dürfe" und endlich daß bei der Unmöglichkeit, den Begriff „Heilmittel" scharf abzugrenzen, es „der Absicht der Kommission widersprechen würde, wenn sehr erhebliche Leistungen für Wein, kostspielige Badereisen und dergleichen dadurch auferlegt werden könnten" (Verhandlung des Reichstages II. Session 1882/83 B. 6 S. 778; Entsch. des bayer. Verwaltungsgerichtshofes vom 28. April 1902 in Arb.Vers. 20, 614).

Das Landesversicherungsamt geht davon aus, daß sowohl die „Arznei" als die „anderen kleineren Heilmittel" als Heilmittel im weiteren Sinne anzusehen sind, insofern es sich dabei allenthalben um sächliche Mittel handelt, die mit der Krankenbehandlung in unmittelbarem Zusammenhange stehen und die zur Heilung oder Minderung des Krankheitszustandes oder zur Beseitigung der durch sie verursachten Arbeitsunfähigkeit dienen (Kommentar von Frankenberg § 182 Anm. 6 g; Stier-Somlo § 182 Anm. 11 a; von Laß § 182 Anm. 6; Hahn § 182 Anm. 5 a; Rosin das Recht der Arb.Vers. I S. 378; Verordnung betr. den Verkehr mit Arzneimitteln, vom 22. Oktober 1901, § 1 RGBl. S. 380). Als die notwendige Voraussetzung für die Begutachtung eines Mittels als „Arznei" oder „kleineres Heilmittel" ist also stets anzusehen, daß es auf den Krankheitszustand nach ärztlicher Ansicht eine unmittelbare Heilwirkung auszuüben imstande ist. Deshalb stellt sich die „Arznei" nur als eine besondere Unterart dieses allgemeinen Heilmittelbegriffes dar, soweit auch sie der Linderung und Beseitigung von Krankheiten diente (Kommentar von Hahn § 182 Anm. 5 d; Laß § 182 Anm. 5; Stier-Somlo § 182 Anm. 8). „Durch ein inneres wissenschaftliches Moment die Arznei aus dem Kreise der Heilmittel auszusondern, erscheint im Sinne des Gesetzes ein unsicherer Versuch" (Rosin a. a. O. S. 379) und auch § 558 Ziff. 1 RVO. schreibt vor, daß als Krankenbehandlung unter anderem die Versorgung mit „Arznei" und „anderen Heilmitteln" zu gewähren ist. Ob nun des Näheren unter „Arznei" nur diejenigen Zubereitungen, Drogen und chemischen Präparate zu verstehen sind, die nach der Kaiserlichen Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln und den ihr anliegenden Verzeichnissen A und B ausschließlich in Apotheken feilgehalten und verkauft werden dürfen, oder ob der Begriff „Arznei" weiter auszulegen ist, kann dahin gestellt bleiben. Es genügt in dieser Hinsicht auf die widersprechenden Meinungen von Rosin a. a. O. S. 380 und der Kommentare von Hahn (§ 182 Anm. 5d) und von Frankenberg (§ 182 Anm. 5) einerseits sowie der Kommentare von Laß (§ 182 Anm. 5) und von Hoffmann (§ 182 Anm. 6) und der Entsch. des Sächs. Oberverwaltungsgerichtes vom 29. Februar 1908 (Jahrb. 12 S. 136), der Entsch. der Kreishauptmannschaft Leipzig und Zwickau in Arb.Vers. 1896 S. 510 und Arb.Vers. 1897 S. 513, und der dazu ergangenen Verordnung des Sächs. Ministeriums des Innern in Arb.Vers. 1898 S. 51) andererseits, sowie darauf hinzuweisen, daß das Deutsche Arzneibuch in seiner Vorrede zur 5. Ausgabe von 1910 auf S. XI vom Verkehr mit Arzneimitteln auch außerhalb der Apotheken spricht und die Reichsversicherungsordnung in § 375 Abs. 1 besondere Vorschriften über Lieferung von „dem freien Verkehr überlassenen Arzneimitteln" trifft.

Während nun aber die „Arznei" als Heilmittel im weiteren Sinne unter allen Umständen von den Krankenkassen zu gewähren ist, sind die „kleineren Heilmittel" nur insoweit von den Kassen zu gewähren, als die Kosten hierfür die einer Brille oder eines Bruchbandes nicht wesentlich überschreiten. Die Allgemeine Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig hat hierzu noch von der nach § 193 Abs. 1 RVO. gegebenen Möglichkeit Gebrauch gemacht, daß sie nach § 19 Abs. 1 Ziff. 2 ihrer Satzung für solche „kleinere Heilmittel" einen Höchstbetrag von 30 ℳ festgesetzt hat.

Im Streitfalle kann es daher dahingestellt bleiben, ob das Sanatogen als „Arznei" oder „kleineres Heilmittel" anzusehen ist, denn die satzungsgemäß gezogene Grenze ist durch die ärztlich verordnete Gesamtmenge im Preise von 26,30 ℳ nicht überschritten. Uebrigens hat die Kasse auch den Anspruch der Höhe nach als richtig anerkannt. Bei dieser Sachlage braucht darauf nicht noch zurückgekommen zu werden, ob die im Laufe einer Krankheit fortlaufend gewährten erforderlichen Heilmittel einer und derselben Art zusammen als ein ganzes und einheitliches Mittel betrachtet werden müssen und demnach bei etwaiger Mehrleistung über den Höchstbetrag nur der entsprechende Teilbetrag oder etwa die gesamte Leistung von den Kassen abgelehnt werden darf.

Das Sanatogen würde nur dann nicht zu gewähren gewesen sein, wenn es als ein Mittel anzusehen wäre, das nicht dem Heilzwecke, sondern nur der Erhaltung der Gesundheit oder dem Schutze gegen Erkrankung dienen sollte. Diese sogenannten hygienischen Mittel haben die Krankenkassen nach § 182 RVO. ebensowenig zu gewähren als die der Fürsorge für Genesende dienenden Mittel; letztere kann allerdings eine Kasse gemäß § 187 Ziff. 2 durch Satzungsbestimmung übernehmen. Diese Schlußfolgerung ergibt sich ohne weiteres aus dem oben gekennzeichneten Begriff des Heilmittels im weiteren Sinne. Danach kann eine gesetzliche Pflicht zur Krankenhilfe für die Krankenkassen nur wäh-

rend einer Krankheit und nur zur Beseitigung oder Linderung derselben bestehen. Andererseits ist aber auch unter dieser Voraussetzung, dem Heilzwecke zu dienen, die Pflicht der Krankenkassen, unter Umständen Stärkungs- und Ernährungsmittel zu gewähren, nicht von der Hand zu weisen. Es kommt eben nur darauf an, daß sie im besonderen Falle zur Heilung oder Linderung einer Krankheit dienlich sind und gerade deshalb auf ärztliche Anordnung verabfolgt werden sollen. Dann nimmt ihnen der Umstand, daß sie zugleich Gegenstand des Lebensbedarfes sind, nicht die Eigenart von Heilmitteln oder Arznei. In dieser Beziehung stimmen die Kommentare überein (vgl. dazu auch die oben wiedergegebene Kommissions-Aeußerung zum Krankenversicherungsgesetz; ferner Entsch. des Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 29. Februar 1908 in Jahrgang 12 S. 138, des Landgerichts Hannover vom 16. Januar 1907 (Wildunger Wasser betreffend) in Arb.Vers. 24 S. 286, des Landgerichts Bielefeld vom 27. Nov. 1905 (Puro-Fleischsaft betreffend) in Arb.Vers. 23 S. 240, des bayer. Verwaltungsgerichtshofes vom 28. Mai 1902 (Wein betreffend) in Arb.Vers. 20 S. 613).

Im Streitfalle hat nun der behandelnde Arzt ausdrücklich bescheinigt, daß die Kontoristin H. auf seine Verordnung „zur Bekämpfung ihres Krankheitszustandes Sanatogen als Heilmittel verbraucht“ hat. Damit hat das Oberversicherungsamt, ohne daß ihm ein Vorwurf gemacht werden kann, als einwandfrei festgestellt und ansehen können, daß Sanatogen zur Heilung oder Linderung von Blutarmut und Erkrankung des Nervensystems dienen kann und der H. gerade aus diesem Grunde vom Arzt verordnet worden ist. An der Richtigkeit dieser ärztlichen Verordnung aber zu zweifeln, liegt kein Anlaß vor. Die Gewährung des wegen des Heilzweckes verordneten Sanatogens muß also im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. in Verbindung mit § 19 Abs. 1 der Kassensatzung als Leistung der Krankenhilfe betrachtet werden unbeschadet der Frage, ob im Streitfalle das Sanatogen wirklich als „Heilmittel“ oder als „Arznei“ zu gelten hat.

Durch Entscheidung nach § 258 RVO. darf die Aenderung der Kassenzugehörigkeit nicht in die Vergangenheit zurückverlegt werden.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 6. Mai 1916 (2216 Amtl. Nachr. 1916 S. 559).

Die Voraussetzungen für die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nach §§ 1799, 1693 RVO. sind gegeben. Es handelt sich um den Streit zweier Krankenkassen über die Kassenzugehörigkeit der von dem Unternehmer M. für die K'sche. Verwaltung in H. beschäftigten Versicherungspflichtigen, also um Streit nach § 258, nicht nach § 405 Abs. 2 RVO. Entscheidungen nach § 258 wirken, wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entscheidung 1916 (Amtl. Nachr. 1914 S. 764) angedeutet hat, im Gegensatz zu den auf Grund des § 405 Abs. 2 erlassenen lediglich für die Zukunft. Dies ergibt sich insbesondere aus der Entstehungsgeschichte jener Vorschrift. Denn schon bei Auslegung des dem § 258 RVO. entsprechenden § 57 b KVG. wurde angenommen, daß derartige Entscheidungen über die Kassenzugehörigkeit nur für die künftige Versicherung maßgebend seien (zu vgl. insbesondere Hoffmann in Arb.Vers. 1898 S. 489 und KVG. Anm. 13 zu § 57 b, Hahn, Kommentar zum KVG. Anm. 3 zu § 57 b, v. Woedtke, Kommentar ebenda, Anm. 5, Erl. des Königl. Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 27. März 1905, Min.Bl. der Handels- und Gewerbeverw. S. 70, Urteil des Reichsger. vom 25. Januar 1904, Entsch. in Zivils. 56 S. 346). Das Gleiche muß nach dem mit § 57 b Abs. 3 KVG. im wesentlichen übereinstimmenden Wortlaut des § 258 Abs. 3 RVO. auch für die Entscheidungen nach § 258 gelten (zu vgl. insbesondere Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 258 a. a. O., Hoffmann, Monatsschr. für Arb.u.Angest.Vers. 1915 Sp. 698, Stier-Somlo, Kommentar zur RVO. Anm. 5 ebenda). Hätte der Gesetzgeber, dem die bisherige Praxis bekannt war, eine Aenderung herbeiführen wollen, so würde er es in irgend einer Form ausgesprochen haben. Das ist nicht geschehen. Vor allem aber sprechen praktische Erwägungen dafür, die Aenderungen in der Kassenzugehörigkeit grundsätzlich nur in der Zukunft vor sich gehen zu lassen. Denn sonst würden oft umständliche Auseinandersetzungen nötig werden, die zu weiteren Schwierigkeiten führen könnten. Auch die Rücksicht auf die formale Versicherung (§§ 315, 316 RVO) nötigt dazu, den Zeitpunkt in die Zukunft zu verlegen, da durch Entscheidungen nach § 258 die formale Kassenzugehörigkeit im Einzelfalle nicht mit Rückwirkung beseitigt werden kann; zu vgl. Hoffmann in Monatsschr. a. a. O. Sp. 698, 699. Deshalb können Entscheidungen nach § 258 nicht mehr ergehen, wenn ein Betrieb aufgelöst oder eine Betriebstätigkeit eingestellt ist. Das Versicherungsamt hätte hiernach prüfen müssen, ob die fraglichen Betriebe zur Zeit seiner Entscheidung — dieser Zeitpunkt, mit dem die Kassenzugehörigkeit für die Zukunft klargestellt wird und gegebenenfalls eine neue Mitgliedschaft für die Versicherten der überwiesenen Betriebe beginnt (Begr. S. 179), nicht der des Antrags der Kasse über die Zuweisung eines Betriebs ist dabei maß-

gebend — noch bestanden haben und künftig fortgesetzt werden. Zu dieser Prüfung war nach der ganzen Natur dieser Betriebe und namentlich hier deshalb Anlaß gegeben, weil der Unternehmer M. erklärt hatte, einen Teil der Arbeiten schon im September 1914 eingestellt zu haben. Daß eine Wiederaufnahme dieser oder ähnlicher Arbeiten später beabsichtigt ist oder voraussichtlich erfolgen wird. ist aus den Akten nicht ersichtlich. Da der Sachverhalt hiernach nicht genügend klargestellt, und die Entscheidung des Versicherungsamts nach den vorhandenen Unterlagen nicht gerechtfertigt ist, unterlag sie der Aufhebung. . . . Mit der Aufhebung war gleichzeitig die Zurückverweisung der Sache an das Versicherungsamt auszusprechen, das zweckmäßig die weiteren Feststellungen selbst zu treffen hat. Bei der erneuten Prüfung ist, falls die Antragstellerin auf der Zuweisung der Betriebe im Hinblick auf die von dem Oberversicherungsamt eingeholten Auskünfte, wonach jedenfalls für den überwiegenden Teil der Versicherten die knappschaftliche Krankenversicherung in Frage kommt, überhaupt noch besteht, genau festzustellen, welche Betriebe für die Zukunft einer anderen Kasse zuzuweisen sind. Gegebenenfalls wird die knappschaftliche Krankenkasse zum Verfahren als beteiligte beizuziehen sein (zu vgl. auch §§ 1787, 1775 RVO.). Falls eine Aenderung der Kassenzugehörigkeit bestimmt wird, ist der Zeitpunkt der Neuzuweisung soweit hinauszuschieben, daß in der Zwischenzeit auch auf eine etwa erhobene Beschwerde entschieden werden könnte. Auch empfiehlt es sich, den Zeitpunkt auf den Anfang einer Beitragswoche zu legen, damit doppelte Beitragszahlungen für eine Woche vermieden werden; zu vgl. Hoffmann in Monatsschr. a. a. O. Sp. 699.

C. Zur Unfallversicherung.

Nachprüfung der Feststellung einer Rente als einer vorläufigen oder als Dauerrente in der Berufungs- und Rekursinstanz.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (Großen Senats) vom 15. Mai 1915 (2874 Amtl. Nachr. 1916 S. 453).

Einem Bahnarbeiter war für die Folgen eines ihm am 6. Februar 1912 zugestoßenen Unfalls durch Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 19. März 1913 eine Teilrente von 75 v. H. als vorläufige Rente zugebilligt worden. Sein Einspruch gegen den Bescheid war durch Endbescheid vom 5. Juni 1913 verworfen worden. Nach weiterer Heilbehandlung war ihm durch Bescheid vom 18. November 1913 wiederum eine Teilrente von 75 v. H. gewährt, und es war in diesem Bescheide vermerkt worden, daß es sich um eine vorläufige Rente handle. Nachdem der Einspruch des Verletzten durch Endbescheid vom 12. Februar 1914 verworfen war, erkannte auf seine Berufung das Oberversicherungsamt durch Urteil vom 27. März 1914 dahin, daß die Berufsgenossenschaft verpflichtet sei, ihm die Vollrente als Dauerrente zu gewähren. Dagegen legte die Berufsgenossenschaft Rekurs ein mit dem Antrag, ihren Bescheid wiederherzustellen.

Der für die Verhandlung und Entscheidung zunächst zuständige Rekurssenat wollte die Frage der Zulässigkeit des Rekurses gemäß § 1700 Nr. 7 RVO. verneinen, weil es sich um eine vorläufige Rente handle. Den Versicherungsträgern stehe, so nahm er an, wenn sie eine Entschädigung zuerkennen, nach § 1585 Abs. 1 RVO. die ausschließliche Entscheidung darüber zu, ob die Rente während der ersten zwei Jahre nach dem Unfall als vorläufige oder als Dauerrente festzustellen sei. Hiernach unterlägen ihre Feststellungsbescheide insoweit einer Nachprüfung durch die höheren Instanzen nicht und sei daher das Oberversicherungsamt vorliegend zur Feststellung einer Dauerrente nicht befugt gewesen. Mit solcher Entscheidung hätte sich aber der Senat in Widerspruch gesetzt mit den Rekursentscheidungen v. 27. Mai 1914 (Ia 3749/14)) und v. 27. November 1914 (Ia 1387/14). In diesen Entscheidungen ist ausgesprochen, das Oberversicherungsamt habe in der Berufungsinstanz selbständig zu prüfen, ob die Gewährung einer vorläufigen oder einer Dauerrente am Platze sei. Die Feststellung, daß die Rente eine vorläufige oder eine Dauerrente sei, hätten die Instanzen zu treffen, ohne an Anträge der Parteien oder an die Stellungnahme der Berufsgenossenschaft beim Erlasse des Bescheids gebunden zu sein. Gemäß § 1717 RVO. wurde deshalb die Sache an den Großen Senat verwiesen.

Dieser hat den Rekurs für zulässig erachtet. In den Gründen wird folgendes ausgeführt:

Nach § 1700 Nr. 7 RVO. ist der Rekurs ausgeschlossen, wenn es sich um vorläufige Renten handelt. Vorliegend setzte die Beklagte eine vorläufige Rente fest. Das Oberversicherungsamt hat aber diese Rente in eine rekursfähige Dauerrente umgewandelt. Es ist zu prüfen, ob das Oberversicherungsamt hierzu befugt, oder ob die Feststellung des Versicherungsträgers, daß es sich um eine vorläufige Rente handelt, für die Instanzen bindend ist.

Der verweisende Senat, der eine für die Instanzen maßgebende Feststellung des Versicherungsträgers annimmt, beruft sich mit Unrecht auf den Wortlaut des § 1585 RVO. Dort heißt es: „Kann die Rente eines Verletzten ihrer Höhe nach noch nicht als Dauerrente festgestellt werden, so ist der Versicherungsträger berechtigt, während der ersten zwei Jahre nach dem Unfall vorläufig eine

Entschädigung festzustellen." Daraus ergibt sich, daß das Recht, während der ersten zwei Jahre nach dem Unfall eine vorläufige Rente zu gewähren, dem Versicherungsträger nicht unbeschränkt, sondern nur insoweit gegeben ist, als die Rente noch nicht als Dauerrente bewilligt werden kann. Dies ist der Fall, wenn die durch den Unfall geschaffenen Verhältnisse sich noch nicht derart befestigt haben, daß sich die voraussichtlich dauernden Folgen des Unfalls hinreichend übersehen lassen. Handelt es sich aber nach der Fassung des Gesetzes nicht um eine auf der freien Willkür des Versicherungsträgers beruhende, sondern an bestimmte tatsächliche Voraussetzungen geknüpfte Entschließung, so muß auch die Frage, ob diese Voraussetzungen gegeben sind, instanzieller Nachprüfung unterliegen. Dieser Auffassung hat auch in der 16. Reichstagskommission zur Beratung über den Entwurf einer Reichsversicherungsordnung ein Vertreter der Verbündeten Regierungen Ausdruck gegeben. Er erklärte, daß zwar zunächst die Berufsgenossenschaft zu prüfen habe, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für Bewilligung einer vorläufigen Rente gegeben seien, der Verletzte könne aber auch diese Feststellung mit der Berufung angreifen, und das Oberversicherungsamt könne auf Berufung des Verletzten, wenn es die Voraussetzungen einer vorläufigen Entschädigung verneine, die Sache zur Erteilung eines Dauerrentenbescheids an die Berufsgenossenschaft zurückverweisen (zu vgl. S. 107 des Kommissionsber.). In diesem Sinne wird die Vorschrift allgemein in der Literatur ausgelegt (z. B. Lehmann, Kommentar Anm. 3 zu § 1585; Düttman-Appelius, Kommentar I Anm. 1 Abs. 3 zu § 1585; Lippmann-Siefart-Laß, Reichsversicherungsordnung Anm. 5 zu § 1585; Laß, Unfallversicherung Anm. 5 zu § 1585; Reißer-Marcus, Die gewerbliche Unfallversicherung nach der RVO. in ihren Abweichungen vom geltenden Rechte S. 144 ff.). Das entspricht auch dem Interesse des Verletzten. Für ihn ist es, wie die Rekursentscheidungen vom 27. Mai 1914 (Ia 3749/14) und vom 27. November 1914 (Ia 1387/14) zutreffend ausführen, von erheblicher Bedeutung, ob die Rente als vorläufige oder als Dauerrente gewährt wird. Denn in der Regel kann er nur bei der ersten Feststellung der Dauerrente eine Entscheidung des Rekursgerichts anrufen. Es ist für ihn auch wichtig, daß er rechtzeitig in den Genuß der Dauerrente kommt, da nach deren Feststellung Rentenänderungen nur in Zwischenräumen von einem Jahre vorgenommen werden dürfen. Es erscheint deshalb gerechtfertigt, daß der Verletzte sein Recht auf Gewährung der Dauerrente dem Versicherungsträger gegenüber in höherer Instanz geltend machen kann. Ist hiernach die Befugnis des Oberversicherungsamts zur Nachprüfung anzuerkennen, so unterliegt es auch keinem Bedenken, daß das Oberversicherungsamt, wenn die Voraussetzungen der Dauerrente zutreffen, nicht nur die Zurückweisung der Sache an den Versicherungsträger aussprechen, sondern, falls die Sache zur Entscheidung reif ist, sogleich die Dauerrente an Stelle der vorläufigen Rente festsetzen kann. Die Zurückverweisung würde in solchem Falle nur eine unzweckmäßige Wiederholung des Verfahrens vor dem Versicherungsträger und Hinausschiebung der Entscheidung für den Verletzten bedeuten.

Hat das Oberversicherungsamt eine vorläufige Rente in eine Dauerrente umgewandelt, so fragt es sich weiter, ob das Rekursgericht die Frage nachzuprüfen hat, ob die Umwandlung gerechtfertigt war, oder ob die Entscheidung des Oberversicherungsamts, daß eine Dauerrente vorliege, maßgebend bleibt. Der Große Senat hat diese Frage, abweichend von der Rekursentsch. v. 27. Nov. 1914 (Ia 1387/14), die eine Nachprüfung durch das Reichsversicherungsamt zulassen wollte, aus folgenden Erwägungen verneint.

Durch die Vorschriften des § 1700 über die Unzulässigkeit des Rekurses wollte der Gesetzgeber das Reichsversicherungsamt entlasten. Zu diesem Zwecke sind gewisse Streitsachen vom Rekurs ausgeschlossen worden. Bestimmte äußerliche Tatumstände sollten dabei maßgebend sein. So setzt auch die Vorschrift des § 1700 Nr. 7 einen für das Gericht ohne weitere Sacherörterung gegebenen Tatbestand, nämlich die Zubilligung einer vorläufigen Rente, voraus. Eine Erörterung des Reichsversicherungsamts darüber, ob die vorläufige Rente nach Lage der Sache mit Recht gewährt ist, würde gegen Sinn und Absicht des § 1700 verstoßen. Zu diesem Behufe müßte auf die Sache selbst unter Berücksichtigung der ganzen tatsächlichen Unterlagen eingegangen werden, und müßte dann doch gegebenenfalls der Rekurs ohne sachliche Entscheidung aus dem formalen Grunde seiner Unzulässigkeit zurückgewiesen werden. Nur eine einschränkende Auslegung dahin, daß die Entscheidung des Oberversicherungsamts, sofern die formalen Vorschriften des Gesetzes erfüllt sind, maßgebend bleibt, kann der Absicht des Gesetzgebers, das Reichsversicherungsamt wirksam zu entlasten, gerecht werden. Zwar muß dabei die Möglichkeit anerkannt werden, daß das Oberversicherungsamt zu Unrecht eine Dauerrente feststellt und daß demgemäß die Anrufung des Rekursgerichts entgegen dem Willen des Gesetzgebers schon zu einer Zeit erfolgen kann, in der tatsächlich eine hinreichende Festigung der Unfallfolgen noch nicht stattgefunden hat. Dieses Ergebnis kann aber auch eintreten, wenn die Berufsgenossenschaft zu Unrecht von vornherein die Dauerrente festsetzt. Denn sie ist nur berechtigt,

nicht verpflichtet, eine vorläufige Rente zu gewähren, ohne daß der Verletzte dagegen Einwendungen erheben kann. Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsamt können aber nach § 1585 Abs. 1 Satz 3 RVO. eine vorläufige Entschädigung nur dann feststellen, wenn die Berufsgenossenschaft eine Entschädigung ablehnt, nicht aber, wenn sie eine Dauerrente festgestellt hat. Also auch durch die Berufsgenossenschaft kann zur Unzeit die Rekursfähigkeit herbeigeführt werden, ohne daß die Instanzen, insbesondere das Reichsversicherungsamt, berichtigend einzugreifen in der Lage sind. Im übrigen werden die Fälle, in denen von der Berufsgenossenschaft oder von dem Oberversicherungsamte eine Dauerrente festgestellt wird, bevor die Unfallfolgen genügend gefestigt sind, voraussichtlich nicht allzu häufige sein. In der Regel wird das Reichsversicherungsamt seine Entscheidung in einem Zeitpunkt treffen können, wo sich die Folgen des Unfalls mit Sicherheit beurteilen lassen. Nach alledem ist eine befriedigende Lösung der Frage nur in der Art möglich, daß die Kennzeichnung der Rente als Dauerrente durch das Oberversicherungsamt oder die Berufsgenossenschaft für die Frage, ob der Rekurs zulässig ist, maßgebend bleibt. Diese Auffassung wird auch in der Literatur, beispielsweise von Laß a. a. O. Anm. 5 Abs. 2 zu § 1585 und von Reißer-Marcus a. a. O. S. 146 vertreten. Sie muß auch für den Fall gelten, daß das Oberversicherungsamt nach Ablehnung der Entschädigung durch den Versicherungsträger eine Dauerrente festgesetzt hat. Denn auch hier treffen diese Erwägungen zu.

Anderseits ist, wenn vom Oberversicherungsamte, sei es in Uebereinstimmung mit der Festsetzung der Berufsgenossenschaft oder gemäß § 1585 Abs. 1 Satz 3, eine vorläufige Rente festgesetzt wurde, der Rekurs gemäß § 1700 Nr. 7 ausgeschlossen. Es kann dann vom Verletzten nicht mehr in der Rekursinstanz geltend gemacht werden, daß die tatsächlichen Voraussetzungen für die Festsetzung einer Dauerrente erfüllt gewesen seien. Ebensowenig steht dieser Einwand, wenn das Oberversicherungsamt gemäß § 1585 Abs. 1 Satz 3 verfährt, dem Versicherungsträger zu.

Es bleibt endlich noch zu prüfen, ob nicht, wie der Vertreter des Klägers geltend machte, der Rekurs schon deshalb für zulässig zu erachten sei, weil zur Zeit des Erlasses des Endbescheids die zweijährige Frist des § 1585 Abs. 1 bereits abgelaufen gewesen sei, nach dem Ablauf der Frist aber gemäß der zwingenden Vorschrift im Abs. 2 a. a. O. nur noch die Dauerrente habe festgestellt werden können, und deshalb die im Endbescheid aufrechterhaltene Bemerkung des Einspruchsbescheids, daß es sich um eine vorläufige Rente handle, unwirksam sei.

Die Frage ist zu verneinen. Nach § 1585 Abs. 2 kann zwar die Berufsgenossenschaft, wenn zwei Jahre nach dem Unfall vergangen sind, nur noch die Dauerrente feststellen, und ist in solchem Falle die Bezeichnung der neuen Rente durch die Berufsgenossenschaft als einer vorläufigen wirkungslos (zu vgl. Rekursentsch. 2700, Amtl. Nachr. 1914 S. 483). Um eine Feststellung der Rente nach Ablauf von zwei Jahren handelt es sich hier aber nicht. Die Berufsgenossenschaft hat vielmehr die Rente noch während der zweijährigen Frist gewährt. Denn die Rente wird von der Berufsgenossenschaft nicht erst im Endbescheide, sondern schon im Einspruchsbescheide festgestellt. Dieser Bescheid hat nicht etwa nur die Bedeutung des vorläufigen Bescheids des alten Rechtes. Durch ihn sollte nur dem Berechtigten vor Feststellung der Entschädigung durch Mitteilung der für ihre Bemessung maßgebenden Unterlagen Gelegenheit zu Gegenvorstellungen gegeben werden. Die Rentenfeststellung selbst enthielt der vorläufige Bescheid nicht. Er war daher auch nicht angreifbar, konnte nicht in Rechtskraft übergehen und hatte keine selbständige Bedeutung neben dem berufungsfähigen Bescheide. Dagegen schließt der Einspruchsbescheid die Entscheidung selbst in sich. Gegen ihn steht dem Verletzten der Rechtsbehelf des Einspruchs zu, und erlangt, wenn er unangefochten bleibt, Rechtskraft. An ihn ist der Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Rentenänderung in den Fällen, in denen er von der Feststellung der Berufsgenossenschaft abhängig ist, geknüpft. Für ihn, und nicht für den Endbescheid, ist deshalb auch der Vermerk, daß es sich um eine vorläufige Rente handle, vorgeschrieben. Der Tag des Erlasses des Einspruchsbescheids ist demnach auch für die Frage der Berechnung des zweijährigen Zeitraums (§ 1585 Abs. 1 Satz 1), innerhalb dessen der Versicherungsträger berechtigt ist, eine vorläufige Rente festzustellen, maßgebend, und nicht der Tag des Erlasses des Endbescheids.

Sprechsaal.

Die dauernd erwerbsunfähigen Krankenkassenmitglieder.

Jede Krankenkasse hat eine verhältnismäßig nicht geringe Anzahl von Mitgliedern, die bereits mehr oder weniger dauernd arbeitsunfähig sind. Meist sind es Personen im höheren Lebensalter, die einem bestimmten Erwerbe nicht mehr nachgehen können. Sie haben die Kassenleistungen wiederholt in Anspruch genommen, im Anschluß daran aber immer die Mitgliedschaft formgerecht freiwillig aufrecht erhalten. Die Invaliden-, Alters- oder sonstige Rente, die sie in der Regel erhalten, reicht nicht zum Lebensunterhalt und so liegt es ihnen oft nahe, die Erlangung von Krankengeld immer wieder von neuem zu versuchen. Ihr Zustand erleichtert oder ermöglicht das ja auch. Diese Mitglieder sind ein Kreuz für die Kassenverwaltung, insbesondere für manchen „sparsamen" Kassenbeamten.

Die versicherungsrechtliche Behandlung dieser Mitglieder ist in Literatur und Praxis immer sehr schwankend und verschieden gewesen. Eine gewisse Uebereinstimmung herrscht nur darin, daß die Kassenleistungen von neuem immer nur dann erst wieder begehrt werden können, wenn ein neuer Unterstützungsfall, d. h. eine neue „Erkrankung" vorliegt. Aber mit dieser Feststellung ist noch nicht viel gewonnen. Ganz abgesehen davon, daß es den in Frage kommenden Personen bei ihrem Zustand leicht fällt, eine neue Erkrankung zu behaupten, bleiben noch andere Fragen offen, vor allem die, ob den überhaupt „völlig" erwerbsunfähigen Mitgliedern bei Eintritt einer Krankheit, die für sich Arbeitsunfähigkeit bedingt, Krankengeld von neuem zusteht. Für die in ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis eintretenden Personen ist die Frage in der Rechtsprechung und Praxis wohl einheitlich dahin geregelt worden, daß bei schon vorhandener „völligen" Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch an die Kasse nicht erworben werden kann, weil ein „mißglückter Arbeitsversuch" vorliege. Der Umstand allein freilich, daß jemand Invalidenrente bezieht, schließt nicht aus, daß er mit dem Rest der ihm verbliebenen Arbeitsfähigkeit in eine krankenversicherungspflichtige Beschäftigung eintreten und, wenn er durch Krankheit zu ihrer Ausübung unfähig wird, Anspruch auf Krankengeld haben kann. Das war schon früher die herrschende Ansicht und ist auch vom Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2141 (Amtl. Nachr. 1916 S. 343, Arb.Vers. 1916 S. 155) anerkannt worden. Sehr bestritten aber war die Frage, ob freiwillige Mitglieder, die schon vor der Erkrankung arbeitsunfähig waren, Anspruch auf Krankengeld haben. Auch hierüber hat das Reichsversicherungsamt bereits, unter Eingehen auf den Streit der Meinungen, entschieden, und zwar im verneinenden Sinne, weil das Gesetz, indem es die Gewährung von Krankengeld davon abhängig macht, daß die Krankheit den Versicherten „arbeitsunfähig macht" voraussetze, daß er bis zur Erkrankung, sei es auch nur in geringem Grade, arbeitsfähig gewesen sei. Es wird im übrigen zur Vermeidung von Wiederholungen auf die hier S. 472 abgedruckte Begründung der Entsch. 2190 (Amtl. Nachr. 1916 S. 476) verwiesen.

Mit dieser Entscheidung ist vorläufig theoretisch wenigstens die Sachlage etwas geklärt. In der Praxis freilich — das sagt auch das Reichsversicherungsamt — wird die Beantwortung der Frage, ob ein Versicherter bereits vor seiner erneuten Erkrankung völlig erwerbsunfähig gewesen ist, unter Umständen mit Schwierigkeiten verknüpft sein. Der Fall, um den sich die Entscheidung dreht, liefert selbst den besten Beweis hierfür. Es war ohne genaue Prüfung der näheren Verhältnisse nicht möglich, festzustellen, ob ein Versicherter, der 74 Jahre alt, bereits seit 5 Jahren wegen Dienstunfähigkeit aus seiner Beschäftigung ausgeschieden ist, nur einen Arm besitzt, an Altersgebrechlichkeit leidet und eine Rente bezieht, „ohne weiteres" in einem solchen Maße als arbeitsunfähig anzusehen ist, daß er keinen Anspruch auf Krankengeld mehr besitzt. Wenn hier noch Zweifel bestehen können, so ist das bezeichnend dafür, wie dehnbar der Begriff völliger Arbeitsunfähigkeit ist und wie großen Spielraum Aerzte und Kassenverwaltungen bei der Feststellung derselben haben.

Eine Umfrage bei einigen der größten Ortskrankenkassen ergab, daß die Frage sehr verschieden gelöst wird. Eine dieser Kassen antwortet:

„Auch wir haben eine ganze Reihe von Versicherten, die weder Krankengeld noch Krankenpflege beanspruchen können, weil die Erkrankung, welche zur Aussteuerung führte, entweder ununterbrochen mit der Notwendigkeit der Heilbehandlung oder mit Arbeitsunfähigkeit fortbesteht. Wenn sich solche Mitglieder weiterversichern, so lassen wir sie nicht im Zweifel darüber, daß sie voraussichtlich keine Ansprüche mehr gegen unsere Kasse haben werden. Wenn sie trotzdem die Weiterversicherung, vielleicht sogar in einer höheren als der untersten Lohnstufe wünschen, so beruht dies auf ihrer freien Entschließung, und es liegt für unsere Kasse kein Anlaß vor, sie nach irgend einer Richtung zu beeinflussen oder ihnen sogar von der Weiterversicherung abzuraten. Letzteres kann unter Umständen Unannehmlichkeiten zur Folge haben, z. B. wenn ein ausgesteuertes Mitglied erst nach Ablauf der im § 202 RVO. festgesetzten Frist verstirbt und dann kein Anspruch der Hinterbliebenen auf Sterbegeld besteht, während ein solcher im Falle der Weiterversicherung gegeben sein würde."

Eine andere große Kasse schreibt: „Wir haben uns bisher noch nicht entschließen können, den freiwilligen Mitgliedern, die erwerbsunfähig sind, ein für allemal alle Ansprüche abzusprechen. Wir gewähren denselben, nach Ablauf von 26 Wochen, wenn wieder einige Monate verstrichen sind, 13 Wochen Unterstützung und unterstützen später auch von neuem. Hierbei wird allerdings von Fall zu Fall verfahren und Personen, die die Kasse auch in früheren Zeiten sehr in Anspruch nahmen, die Unterstützung verweigert."

Bemerkenswert ist auch folgende Antwort: „Bei den ausgesteuerten und freiwillig sich weiter versichernden Mitgliedern, die während der freiwilligen Mitgliedschaft neu erkranken, stellen wir zunächst fest, ob es sich bei der Neuerkrankung um Fortsetzung des alten Leidens oder eine mit dem alten Leiden nicht in ursächlichem Zusammen-

hang stehende neue Erkrankung handelt. Im letzteren Falle haben wir bis Ablauf des letzten Jahres auf Grund einer Entscheidung des Sächsischen Ober-Verwaltungsgerichts, vom 25. Mai 1911, abgedruckt in der Arb.Vers. 1912 S. 393, den Anspruch auf Kassenleistung ausschließlich des Krankengeldes anerkannt. Die in dieser Entscheidung vertretenen Anschauungen sind aber in einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 12. Oktober 1915, abgedruckt in der Arb.Vers. 1916 S. 155, widerlegt. Hiernach steht solchen arbeitsunfähig Kranken bei Hinzukommens eines neuen Leidens grundsätzlich Anspruch auf die vollen Kassenleistungen nur zu, wenn nachgewiesen werden kann, daß der Kranke in der Zwischenzeit, also von der Aussteuerung bis zur Neuerkrankung nicht fortbauernd der ärztlichen Fürsorge und Arznei bedürftig geblieben ist."

Die Kasse ist nun gezwungen, von neuem wieder „umzulernen", wenn sie die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. Oktober 1915 kennen lernt, die erst in den Amtl. Nachr. vom 15. Mai 1916 veröffentlicht wird. Ein Zeichen, wie dringend notwendig eine einheitliche Rechtsprechung in der Krankenversicherung ist.

Eine andere große Kasse hat an alle vermutlich dauernd erwerbsunfähigen freiwilligen Mitglieder ein Rundschreiben gerichtet. In diesem heißt es nach Darlegung der neuesten einschlägigen Entscheidung des Reichsversicherungsamts: „Wir halten uns verpflichtet, diejenigen Selbstversicherer (freiwilligen Mitglieder) auf diese Entscheidungen aufmerksam zu machen und davon in Kenntnis zu setzen, daß, wenn in dem einen oder dem anderen Falle die Erwerbsfähigkeit im Sinne der Reichsversicherungsordnung nicht mehr vorliegen sollte, die Versicherung in einer höheren Beitragsklasse für die freiwilligen Mitglieder dann keinen Zweck mehr hat, weil im Falle einer Krankheit aus den oben erörterten Gründen ein Anspruch auf Krankengeld nicht bestehen würde, d. h. die Zahlung von Krankengeld nicht in Frage käme. Da wir nun die persönlichen Verhältnisse der einzelnen Versicherten nicht übersehen können und wir aber nicht wollen, daß im Falle der Ablehnung der Krankengeldzahlung Verdrießlichkeiten entstehen, so halten wir es für notwendig, daß jedes freiwillig versicherte Mitglied pflichtmäßig zu prüfen hat, ob jetzt schon (also ohne Krankmeldung) Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Reichsversicherungsordnung vorliegt oder ob die Möglichkeit besteht, regelmäßig krankenversicherungspflichtige Arbeit zu übernehmen. Gelangt der freiwillig Versicherte zu der Ueberzeugung, daß Erwerbsunfähigkeit schon jetzt vorliegt, so würden wir empfehlen, die Versicherung in einer niedrigen Klasse als bisher fortzusetzen, wobei wir für männliche Versicherte die Klasse 3, für weibliche Versicherte die Klasse 2 als die den Verhältnissen am meisten entsprechende bezeichnen würden, wobei wir darauf hinweisen, daß dem Uebertritt in eine noch niedrigere Klasse nichts entgegen steht. Um aber einen Ueberblick über die Verhältnisse zu gewinnen, ersuchen wir Sie, den beiliegenden Fragebogen alsbald ausgefüllt und unterschrieben an uns zurücksenden zu wollen."

Der diesem Anschreiben beigegebene Fragebogen enthält Fragen nach den gegenwärtigen Erwerbsquellen, den Rentenbezügen usw. Dieselbe Kasse besitzt auch ein vervielfältigtes Anschreiben an Aerzte, das diesen bei Erkrankung eines Mitgliedes, das vermutlich schon vorher erwerbsunfähig war, zugestellt wird. Der Arzt wird darauf um Auskunft über den Zustand des Kranken insbesondere vor der Erkrankung ersucht.

In der Praxis sollte jedenfalls die Frage mit Vorsicht und Takt behandelt werden. Ein Verfahren nach Pausch und Bogen, wie es immerhin die Aussendung der Fragebogen darstellt, ist kaum zu empfehlen. Es mag richtig sein, daß ein scheinbarer Widerspruch darin liegt, daß die Erwerbsunfähigen das Recht haben, die Mitgliedschaft freiwillig fortzusetzen und zwar sogar in der seitherigen, vielleicht höchsten Lohnklasse und daß sie gleichwohl in bestimmten Fällen keinen Anspruch auf Krankengeld haben können. Das liegt aber nun einmal im Wesen der Versicherung, insbesondere der Krankenversicherung. Die Erwerbsunfähigen von der Weiterversicherung gänzlich auszuschließen oder sie zwangsweise in eine niedere Klasse zu bringen, wäre noch härter. In vielen Fällen wird der Ausgesteuerte und die Weiterversicherung Aufnehmende bald wieder eine gewisse Erwerbsfähigkeit erlangen und vielleicht durch einen freien selbständigen Beruf auch eine Einkommensquelle haben. Geschieht das aber nicht, so ist meist mit dem nicht allzufernen Ableben des Versicherten zu rechnen. Ein Zustand völliger Arbeitsunfähigkeit, wie ihn das Reichsversicherungsamt beschreibt, hält in der Regel nicht lange an; eine Aenderung zum Besseren oder Schlechteren tritt meist über kurz oder lang ein. Damit ist ebenso in der Regel wieder die Möglichkeit rechtmäßiger Ansprüche an die Kasse auf Krankengeld oder Sterbegeld gegeben. Im allgemeinen läßt sich daher bei der Aufnahme der Weiterversicherung, meist auch vor Eintritt neuer Ansprüche, ein Urteil über die Zweckmäßigkeit der freiwilligen Versicherung und über die Wahl der Lohnklasse nicht abgeben.

Die theoretische Auffassung des Reichsversicherungsamts wird man als richtig und dem Sinne des Gesetzes entsprechend bezeichnen müssen. Für den Spielraum, den sie der Praxis noch läßt, können nähere Regeln kaum aufgestellt werden. Jeder Fall, unter Beachtung der dargelegten sozialen Erwägungen, ist nach seiner Eigenart zu beurteilen.

Friedrich Kleeis, Halle a. S.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen.

Eine Versammlung von Vertretern der Unterverbände hielt der Ortskrankenkassenverband am 18. und 19. September in Eisenach ab. Anwesend waren rund 110 Vertreter, die etwa 5 Millionen Versicherte vertraten. Anwesend waren noch eine Anzahl Gäste, darunter Senatspräsident Dr. Hanow als Vertreter des Reichsversicherungsamtes. Die Tagesordnung war außerordentlich reichhaltig. Der Verbandsvorsitzende Fräßdorf-Dresden kam in seiner Eröffnungsansprache auch auf die Kriegsverhältnisse zu sprechen. Es zeige sich immer mehr, daß der Krieg nur ein Verteidigungskrieg sei.

Der Geschäftsbericht auf das Jahr 1915 liegt in der Form des „Jahrbuches" gedruckt vor. Dieses gibt neben einer Uebersicht über allgemeine sozialpolitische Begebenheiten auch Mitteilung über die übliche Umfrage über die wirtschaftlichen Ergebnisse der Ortskrankenkassen im Jahre 1915. Zu dieser haben 790 Ortskrankenkassen mit 4 375 925 Mitgliedern berichtet. Diese hatten eine Beitragseinnahme von 167 Millionen Mark oder 38,17 ℳ auf ein Mitglied. Ausgegeben wurden für das Mitglied: für ärztliche Behandlung 6,57 ℳ, Behandlung durch Zahnärzte 2,93 ℳ, Behandlung durch sonstige Heilpersonen 71 Pf., Arzneien und sonstige Heilmittel 4,38 ℳ, Krankenhaus- und Wöchnerinnenheimpflege 4,34 ℳ, Kranken- und Hausgeld 12,11 ℳ usw. Die Kassen konnten im Berichtsjahr eine Rücklage von 30 Millionen Mark machen. Die Zahl der männlichen Mitglieder hat sich im Berichtsjahr um 320 000 gesenkt, während die Zahl der weiblichen um 270 000 zugenommen hat. 749 Kassen mit 4 271 469 Mitgliedern zeichneten 45 409 127 ℳ Kriegsanleihe. Dem Verbande gehören 1007 Ortskrankenkassen mit rund 5 Millionen Mitgliedern an.

Die wichtigsten Verwaltungsfragen aus dem Jahre 1915 werden vom Geschäftsführer Lehmann-Dresden berichtet. Der Verband ist mit der Reichsregierung in Verbindung getreten wegen Erstattung der Mehraufwendungen für kriebsbeschädigte Kassenmitglieder. Es ist die Antwort ergangen, daß eine Entscheidung solange nicht getroffen werden könne, solange nicht ein Ueberblick über die Geldverhältnisse des Reiches nach dem Kriege möglich sei. Es wird hierzu eine Entschließung von der Versammlung angenommen, nach der die Mitglieder der Kassenorgane es als ihre besondere Aufgabe betrachten müssen, in den Organisationen der Kriegsbeschädigtenfürsorge mitzuwirken. Auch sei es geboten, die organisierte Kriegsbeschädigtenfürsorge durch freiwillige Beiträge aus Kassenmitteln zu fördern. Bei Wiederauftreten der im Kriege erworbenen Leiden werden zwar die Krankenkassen zumeist einzutreten haben, doch müßten ihnen zur Durchführung dieser Krankheitsfälle vom Reiche die erforderlichen Summen nach Maßgabe des Aufwandes zur Verfügung gestellt werden. Die Arzneimittelpreise, so berichtet Lehmann weiter, seien so gewaltig gestiegen, daß der Zustand unerträglich sei. Steigerungen bis zu 500 v. H. allein im letzten halben Jahr seien keine Seltenheit. Die chemischen Fabriken hätten inzwischen nie geahnte Riesengewinne erzielt. Es sei zu verwundern, daß hier die Heeresbehörden nicht eingegriffen haben, da doch ein nationales Interesse vorliege. Es wird eine Entschließung angenommen, nach der erfahrungsgemäß nur durch völlige Zentralisierung des Marktes es möglich ist, den Kettenhandel und andere Erscheinungen der Spekulation zu verhindern. Geboten erscheine eine Bestandaufnahme der Rohprodukte und fertigen Zubereitungen, Beschlagnahme dieser und Monopolisierung des Großhandels durch eine unter Reichsaufsicht stehende Gesellschaft. Die Regelung der Beziehungen der Kranken zur Unfallversicherung habe sich nicht bewährt. Es muß dahin gewirkt werden, daß die Krankenkassen vollen Ersatz für die Aufwendungen nach der 13. Woche nach dem Unfall erhalten. Um dies zu erreichen, ist eine Beschleunigung des Rentenfestsetzungsverfahrens erforderlich. Die Kassenverwaltungen müssen dabei in verstärktem Maße mitwirken. Das könne durch Beantragung der polizeilichen Unfalluntersuchung (§ 1559 RVO.), Beteiligung an dieser (§ 1562 RVO.) sowie am Rentenfestsetzungsverfahren (§ 1509 RVO.) geschehen. In allen Fällen, in denen die Berufsgenossenschaften die Leistungen mit der 14. Woche nicht übernehmen, obwohl sie dazu in der Lage waren, soll dem Reichsversicherungsamt Mitteilung gemacht werden. Die Ersatzkassen haben eine Eingabe an die Reichsregierung gemacht, die eine Reihe Unwahrheiten enthält. Es ist darauf eine Erwiderung eingereicht worden, die der Versammlung im Wortlaut vorliegt. Nach dieser hat der Hauptverband der Ortskrankenkassen eine Umfrage über die Angelegenheit vorgenommen. 790 Ortskrankenkassen mit 4 438 836 Mitgliedern hatten 66 551 Ersatzkassenmitglieder. An Beiträgen sind für diese von den Arbeitgebern 999 415 ℳ eingezahlt worden, während hiervon 602 648 ℳ an die Ersatzkassen zurückflossen. Die Mitglieder der Ersatzkassen, für die eine Anordnung nach § 518 RVO. erlassen ist, sind an der Einnahme mit 753 310 ℳ beteiligt. Mit dem den Zwangskassen verbleibenden Beitragsteil könnten die Verwaltungsaufwendungen bei weitem nicht bestritten werden. Die Ortskrankenkassen seien nur die unbezahlten Beitragskassierer der Ersatzkassen. In der Aussprache werden eine Anzahl Beschwerden gegen die Ersatzkassen vorgebracht, die oft in unlauterer und marktschreierischer Weise die Werbung von Mitgliedern betrieben. Die Bekämpfung der Ersatzkassen müsse schärfer gehandhabt werden. Eine hierzu angenommene Entschließung spricht aus, daß jede Lücke in der Zwangsversicherung eine Verminderung der Leistungsfähigkeit bedeute, daher sei die Zulassung von Ersatzkassen zu beseitigen. Sie hätten in ihrem sozialen Wirken auch gänzlich versagt, namentlich während des Krieges. Ueber die in den einzelnen Bundesstaaten getroffenen Anordnungen betreffend die Verwendung von Kassenmitteln für den Besuch von Versammlungen der Kassenvereinigungen liegt eine gedruckte Uebersicht vor. Sie zeigt, wie verschieden und mitunter auch engherzig die Verordnungen sind. In der Aussprache hierüber

wendet sich Justizrat Mayer-Frankenthal gegen die norddeutschen Engherzigkeiten. Er bestreitet überhaupt die Zulässigkeit der ganzen behördlichen Maßnahmen einschließlich der einschlägigen Bundesratsverordnungen. Sie könnten sich nicht auf das Gesetz stützen. Was wäre auch die Krankenversicherung ohne die großen Kassenverbände? Er erinnere nur an den verhinderten Aerztestreik. Auch die Behörden haben sich selbst schon an die Kassenverbände gewendet. Bauer-Berlin hält das ganze Aufsichtsrecht in der Krankenversicherung für abänderungsbedürftig. Gräf-Frankfurt am Main führt aus, daß durch den Krieg die ganzen hierher gehörenden Bestimmungen überholt worden seien. Er sei Bayer gewesen, sei aber Preuße geworden, um an der Verbesserung der norddeutschen Verhältnisse mitzuwirken. Eine angenommene Entschließung verlangt den Wegfall der vorherigen Genehmigung einer Beteiligung durch die Aufsichtsbehörden, im übrigen größere Einheitlichkeit in dem Umfang der Entschädigung und der Vertretung. Die übrigen vom Geschäftsbericht berührten Punkte betreffen die unter den Kassenverbänden getroffenen Vereinbarungen über die Durchführung der §§ 219, 220, 222 RVO. (gegenseitige Ueberweisung von Kranken), die Einstellung von Kriegsbeschädigten in den Verwaltungsdienst (wobei zuerst die Berufskollegen bevorzugt werden sollen), die Erwirkung niedrigerer Preise für die „Handverkaufsartikel" in den Apotheken und Drogerien, die Bemühungen bei Kommunalverbänden wegen Bewilligung von Zusatz-Brot- und Fettmarken für werdende und stillende Mütter, die Reform der Reichsversicherungsordnung (wobei beschlossen wurde, eine Kommission einzusetzen, die bestimmte Anträge ausarbeitet), die Teuerungszulagen für Angestellte (wobei die Frage erörtert wurde, ob eine Aenderung der Dienstordnung dabei nötig ist), die Schritte wegen Erzielung von Portoermäßigung für bestimmte Postsendungen, die Verhandlungen mit den Zahnärzten, die immer mehr in das Fahrwasser des Leipziger Aerzteverbandes kommen, die Beteiligung an Ausstellungen (die seither eine große Zerrissenheit gezeigt habe, weshalb auf Zentralisation durch Gründung einer „Losen Vereinigung zur Beteiligung an Ausstellungen" hingearbeitet werden soll), die Gründung einer Verlagsanstalt durch den Hauptverband, den Kampf gegen die Patentmedizin, die vom Hauptverband errichtete Prüfungsstelle für Heilmittelwesen usw.

In der Erörterung über den Geschäftsbericht bemängelt Bauer-Berlin, daß die wichtigsten Fragen im Handumdrehen erledigt werden sollen. Er hält u. a. eine Abänderung der Vereinbarungen mit anderen Kassenverbänden über die Behandlung von Kranken, die sich nicht im Kassenbezirk aufhalten, notwendig. Fräßdorf weist diese Kritik zurück. Der Verband könne nicht in Permanenz tagen. Viele Beschlüsse und Vereinbarungen seien ein Kompromiß. Pollender-Leipzig lenkt die Aufmerksamkeit auf das Verlangen der Militärbehörden, Einblick in die Krankheitsgeschichte invalid gewordener Militärpersonen zu erhalten. Dieses Bestreben habe den Zweck, die Ansprüche der Beschädigten abzulehnen oder möglichst niedrig zu berücksichtigen. Justizrat Mayer erklärt, der Verbandsvorstand habe sich mit der Frage beschäftigt und beschlossen, die Auskunftspflicht der Kassen zu verneinen.

Ueber die Errichtung einer Prüfungsstelle für die Geschäftsführung der Krankenkassen spricht Justizrat Mayer. Aufgabe derselben soll nicht allein die bloße Prüfung der äußeren (formellen) Geschäftsführung, z. B. des Kassengeldwesens, sondern auch die Prüfung der inneren Geschäftsführung nach der Richtung einer klugen und sozialfortschrittlichen Verwaltung sein. Die Unterverbände sollen auf ihren nächsten Tagungen prüfen, ob und in welcher Form eine solche Einrichtung nützlich und geboten ist. — Eine von Kommerzienrat Simon-Berlin begründete Entschließung, welche die Kassen zur Zeichnung der Kriegsanleihe auffordert, findet einstimmige Annahme. — Eine beabsichtigte Aenderung des Verhältnisses der Unterverbände zum Hauptverband wird auf später verschoben.

Den Stand der Arztfrage bespricht Fräßdorf-Dresden. Die Schiedsämter zur Entscheidung von Streitigkeiten zwischen Aerzten und Krankenkassen haben Urteile gefällt, die unerhört sind. Die Krankenkassen seien bestrebt, die freie ärztliche Behandlung für die Familienangehörigen der Kassenmitglieder einzuführen, stoßen aber dabei auf Widerstand bei den Aerzten. Auch die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kommt an manchen Orten nicht vom Fleck. Die Arztfrage müsse durch einen Nachtrag zur Reichsversicherungsordnung geregelt werden. Die Aussprache dreht sich insbesondere um die Durchführung des „Berliner Abkommens" zwischen den Aerzte- und Krankenkassenverbänden, insbesondere über die Abfindung der „Nothelfer". Die Berliner Krankenkassen weigern sich, den 5-Pf.-Beitrag (für das Mitglied und Jahr) zu diesem Zwecke zu zahlen, weil die Aerzte, wenigstens in Berlin, das Abkommen auch nicht einhalten. Die Versammlung nimmt eine lange Entschließung an, in der den Kassen empfohlen wird, Arztverträge abzuschließen, in denen Pauschbeträge vorgesehen und Prüfungsausschüsse eingesetzt werden usw. Eine von Scholem und Bauer-Berlin beantragte Aenderung der Entschließung, die den Zweck hat, das Verhalten der Berliner Kassen gerechtfertigt erscheinen zu lassen, wird abgelehnt.

Ueber die Mutterschaftsfürsorge und Krankenkassen spricht sodann Ed. Gräf-Frankfurt a. M. Es müsse genau festgelegt werden, welche Forderungen die Kassen aufstellen. Die gegenwärtige Reichswochenhilfe sei eine Einrichtung nur für die Kriegsdauer. Es muß daher eine Neuordnung über die Fortführung der Fürsorge getroffen werden. Unter den Mehrleistungen, die von den Kassen eingeführt werden können, muß die Wöchnerinnenhilfe obenanstehen. Diese sei wichtiger als der Wegfall eines Karenztages für den Krankengeldbezug. Bei der Wochenhilfe sei auch kein „Mißbrauch" der Kasse und keine „Epidemie" zu befürchten. Freilich müsse das Reich den Kassen Zuschüsse für die erhöhten Leistungen zahlen. Redner fordert noch mehr Entbindungsanstalten, Hauspflege für die Wöchnerin usw. Es wird eine Entschließung in diesem Sinne angenommen. Sie fordert noch die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung bei den Krankenkassen nur für den Fall der Entbindung, die Erhöhung des Wochengeldes usw. Anzustreben sei ferner die Einführung der Familienhilfe (freie ärztliche Behandlung und Arznei für Familienangehörige) als Regelleistung, bei gleichzeitiger anderweitiger gesetzlicher Regelung der Arztfragen. Ein Mangel sei noch, daß die Anzeigepflicht für verschiedene ansteckende Krankheiten (Tuberkulose, Syphilis) fehle. Eine Desinfektion bei Tuberkulose werde erst vorge-

nommen, wenn ein Todesfall vorliege. Immer mehr müsse auch die Mahnung erschallen, sich mehr um die Wohnung zu kümmern. Die Versammlung nimmt eine Entschließung in diesem Sinne an.

Den letzten Punkt der Tagesordnung bildet die Förderung des Kleinwohnungsbaues durch die Krankenkassen. Ein von Fräßdorf verlesener Bericht des Rechtsanwaltes Benndorf-Dresden empfiehlt die Hergabe von mündelsicheren Hypotheken für Kleinwohnungen aus den Vermögen der Krankenkassen. Die Kassen sollen zu dem Zwecke untereinander und mit den Landesversicherungsanstalten in Verbindung treten. Auch hierzu wird eine Entschließung angenommen. — Mit den üblichen Abschiedsworten wird die Tagung, die sehr nutzbringende Arbeit geleistet habe, vom Vorsitzenden geschlossen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Waisenrente für ein nachgeborenes Kind; Einfluß auf die früher festgestellte Waisenrente; Anwendung der Nov. v. 12. 6. 16.

1. Nach Bayreuth. Frage: Nach Art. 6 Abs. I des Gesetzes, betr. Renten in der Invaliden-Versicherung vom 12. Juni 1916, RGBl. 1916 Nr. 127, unterliegen Ansprüche auf Waisenrente, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieses Gesetzes schwebt, dessen Vorschriften. Ansprüche auf Waisenrente, über die nach dem 31. Dezember 1915 eine Entscheidung ergangen ist, hat die Versicherungsanstalt, soweit nicht Art. 6 Abs. 1 Platz greift, nach den Vorschriften dieses Gesetzes zu prüfen. Führt diese Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigeren Ergebnis oder wird es von dem Berechtigten verlangt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen. — Hier liegt folgender Fall vor: Am 5. November 1915 wurde ein Waisenrentenanspruch für 5 Kinder rechtskräftig festgestellt. Am 3. Januar 1916 wurde ein sechstes Kind geboren, für das ebenfalls Antrag auf Einweisung der Waisenrente gestellt wurde. Am 13. Mai 1916 ist eines der im Bescheid vom 5. November 1915 aufgeführten 5 Kinder wieder gestorben. Nun bestehen hier zwei Meinungen:

I. Mit der Geburt des 6. Kindes (3. 1. 1916) kommt ein neuer Waisenrentenanspruch zur Entstehung, der nach den Vorschriften des Gesetzes vom 12. Juni 1916 zu behandeln sei. Die Waisenrenten der Kinder berechnen sich nunmehr folgendermaßen:

a) Für die bereits vorhanden gewesenen im Bescheid vom 5. November 1915 benannten Kinder sei das alte Recht anzuwenden, so daß für die erste Waise $^{6}/_{40}$, für die übrigen 4 Waisen je $^{1}/_{40}$, zusammen $^{10}/_{40}$ aus Grundbetrag und Rentensteigerung in Ansatz kämen; von der Gesamtsumme entfalle auf jede der erwähnten 5 Waisen $^{1}/_{5}$ als Anteil der Versicherungsanstalten. Die Waisenrente jedes der ersten 5 Kinder setze sich zusammen aus 25 ℳ Reichszuschuß und dem Anteil der Versicherungsanstalt ($^{10}/_{40}$: 5).

b) Für das 6. Kind (geb. 3. 1. 1916) gelte das neue Recht: 25 ℳ Reichszuschuß und $^{3}/_{20}$ aus Grundbetrag und Rentensteigerung. Dieses Kind bzw. dessen gesetzlicher Vertreter habe berufungsfähigen Bescheid zu erhalten.

c) Vom 13. Mai 1916 ab habe Umrechnung der Renten der früheren Kinder zu erfolgen, und zwar nach dem alten Recht: 1. Waise $^{6}/_{40}$, die übrigen 3 Waisen $^{1}/_{40} = ^{9}/_{40}$. Die Rente des nachgeborenen Kindes werde durch die Umrechnung nicht berührt.

II. Die zweite Anschauung gründet sich auf Düttmann, Anm. 6 zu Art. 79 Einf.Gef. zur RVO., wo ausgesprochen ist: Welches Gesetz anzuwenden sei, entscheide sich nach dem gesamten Ergebnis einheitlicher Anwendung des einen oder des anderen Gesetzes; es soll die Rechtslage nach dem Invalidenversicherungsgesetz im ganzen genommen mit der nach der Reichsversicherungsordnung im ganzen genommen verglichen werden, nicht die einzelnen Vorschriften des einen mit den entsprechenden des anderen Gesetzes. Greife einmal das Recht der Reichsversicherungsordnung Platz, so gelange es in allen seinen Teilen zur Durchführung, selbst insoweit, als es im einzelnen ungünstig wirke. In analoger Anwendung vorstehender Gesetzesauslegung könne die Berechnung für die nunmehr vorhandenen 6 Kinder nur nach einem Recht, entweder nach dem alten der Reichsversicherungsordnung oder nach dem neuen Rechte des Gesetzes vom 12. Juni 1916 erfolgen. Da der Anspruch auf Hinterbliebenenfürsorge sich auf die Versicherung des verstorbenen Vaters gründe und durch den Tod desselben der Versicherungsfall eingetreten sei, ferner die aus dem Versicherungsfall resultierenden Ansprüche vor dem 1. Januar 1916 durch Anerkennungsbescheid rechtskräftig festgestellt seien, bedingen die Zu- und Abgänge von Kindern lediglich fortlaufende Rentenänderungen, die nach der Reichsversicherungsordnung zu behandeln seien. Sonach erhielten die sämtlichen Waisen aus dem vor dem 1. Januar 1916 festgestellten Ansprüche die Renten nach der Reichsversicherungsordnung, nicht aber ein Teil der Kinder die Renten nach altem, 1 Kind nach neuem Rechte. Die Rentenänderung sei daher keine neue Entscheidung im Sinne des Art. 6, Abs. II des Gesetzes vom 12. Juni 1916, sondern sei durch einfache nachrichtliche Mitteilung zu erledigen. (Vergl. Düttmann, Anm. 3 zu § 1295 RVO., dann Rechnungs-Vorschriften des Reichsversicherungsamts §§ 56, 69 und Rundschreiben hierzu am Schlusse, endlich Handb. der Unf.Ver. 3. Aufl. Bd. I, S. 531, Anm. 10 zu § 88 GUVG.). Dazu

komme, daß mit der Festsetzung der Waisenrenten ein Rentenzeichen bestimmt wird, das für alle späteren Rentenänderungen unwiderruflich feststehe. Für die Berechnung der zukünftigen Waisenrentenbezüge sei daher allein die erstmalige Festsetzung vom 5. November 1915 maßgebend, sie habe, auch für das neuhinzugetretene Kind, nach altem Recht zu erfolgen, nachdem nicht ein förmlicher Anspruch, der zur Zeit der Verkündung des Gesetzes vom 12. Juni 1916 schwebte oder über den nach dem 31. Dezember 1915 eine Entscheidung ergangen sei, vorliege, sondern nur eine Rentenänderung. Die Berechnung für 6 Kinder würde sich derart gestalten: Erste Waise = $^3/_{20}$ = $^6/_{40}$. Die übrigen 5 Kinder je $^1/_{40}$ = zusammen $^{11}/_{40}$.

Welche von den beiden Anschauungen ist die richtige?

Antwort: Die Entscheidung hängt davon ab, ob in der Anweisung der Rente für das nachgeborene Kind eine „Entscheidung" im Sinne des Art. 5 Abs. 2 liegt. Das dürfte zu bejahen sein. Es handelt sich hier nicht um eine bloße Aenderung der Rentenberechnung, wie sie § 1295 RVO. im Auge hat, der übrigens das „Ausscheiden" eines Berechtigten zur Voraussetzung hat, sondern hier handelt es sich um einen neuen Anspruch, der erst durch die Geburt des Kindes nach dem 1. Jan. 1916 entstanden ist und auf den daher die Vorschriften der Novelle Anwendung finden müssen. Daß eine Entscheidung über einen neuen Anspruch in Frage steht, zeigt sich auch darin, daß in der Praxis in solchem Falle stets ein berufungsfähiger Bescheid erteilt wird, während bei der anderweitigen Berechnung der Rente wegen Ausscheidens eines Kindes nur eine formlose Benachrichtigung erfolgt. Der dortige Hinweis auf Art. 79 des Einf.Ges. zur RVO. dürfte nicht zutreffen, weil ja die Novelle in den Art. 4 und 5 besondere Vorschriften über die rückwirkende Kraft enthält. Es ergibt sich freilich, wie dort zutreffend hervorgehoben ist, die eigentümliche Folge, daß die Rente für das 6. Kind höher ist als für jedes der anderen 5 Kinder und daß durch das Ausscheiden des einen der 5 Kinder sich nur deren Renten ändern, nicht die des 6. Kindes.

a) Versicherungspflicht eines Kindes als Gehilfen einer Zeitungsausträgerin. b) Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen einen Knappschaftsverein.

2. Nach Witten. Frage: a) Am 10. April ist in einer Nachbargemeinde ein zehnjähriges Mädchen überfahren worden. Die Kosten der Verpflegung des Kindes in einem hiesigen Krankenhause haben wir übernommen. Das Kind war, als es den Unfall erlitt, auf dem Wege zu seiner Großmutter, um dieser, einer Zeitungsträgerin, ein Paket Zeitungen, die es von der Poststation abgeholt hatte, zu überbringen. Das Kind soll die Zeitungen, täglich 65 Stück, etwa 3 bis 4 mal im Monat für die Großmutter abholen, auch soll es etwa an 10 Tagen des Monats je 5 Beziehern die Zeitung ins Haus bringen (Angaben der Mutter). Der Weg von der Poststation bis zu der Wohnung der Großmutter erfordert einen Zeitaufwand von 10 bis 15 Minuten. Das Kind bekommt von der Großmutter zu essen, auch Schuhe und sonstige Kleidungsstücke. Wir bitten um Auskunft, ob Kranken- oder Unfallversicherungspflicht vorliegt und ob der Zeitungsverleger als Arbeitgeber des Mädchens angesehen werden kann. (Siehe Arb.Vers. 1914 S. 283).

b) Sind bei der Ueberweisung von Renten aus Knappschaftspensionskassen die Bestimmungen der RVO. (§§ 1531 ff.) analog anzuwenden? U. E. kommt hierfür nur § 62 des Unterstützungswohnsitzgesetzes in Anwendung.

Antwort: a) Das Kind wird in regelmäßiger Wiederkehr beschäftigt und empfängt dafür Kost und Kleidung als Entgelt, nicht etwa auf Grund einer Unterhaltspflicht, die ja der Großmutter nicht obliegt, weil die Mutter (vielleicht auch der Vater?) noch lebt. Dieser Entgelt ist auch nicht so geringfügig, daß etwa die Beschäftigung als vorübergehend und deshalb versicherungsfrei im Sinne des § 168 RVO. und der Ziff. I 3 der Bek. vom 17. November 1913 (Arb.Vers. 1913 S. 848) angesehen werden könnte; denn er umfaßt, von der Wohnung abgesehen, fast den ganzen Unterhalt des Kindes. Es ist also krankenversicherungspflichtig (aber gemäß § 1227 RVO. nicht invalidenversicherungspflichtig). Dagegen ist nicht ersichtlich, daß nach den Umständen der Unternehmer (Drucker) damit rechnen mußte, daß die von ihm angenommene Zeitungsträgerin die ihr obliegende Arbeit nicht ohne Heranziehung einer Hilfsperson verrichten könne, so daß in dem von ihm zu zahlenden Lohne zugleich der Lohn für das Kind läge. Der Unternehmer kann daher nicht als Arbeitgeber des Kindes angesprochen werden, sondern nur die Zeitungsträgerin. Im Gebiete der Unfallversicherung betrachtet das Reichsversicherungsamt ohnehin Zeitungsträger nur dann als im Druckereibetriebe beschäftigt und versicherungspflichtig, wenn sie vom Drucker selbst angenommen und gelohnt werden (Rek.Entsch. 2172 Amtl. Nachr. 1906 S. 658).

b) Ihre Ansicht ist richtig. Denn wie sich aus § 1544 ergibt, gelten die §§ 1534 bis 1537, welche die Ersatzansprüche der Armenverbände aus Leistungen der Unfall- und Invalidenversicherung betreffen, nur für die reichsrechtlichen Träger dieser Versicherung, nicht auch für die Knappschaftsvereine.

Nachweis der Krankheit eines kriegsgefangenen Versicherten.

3. Nach Hamburg. Frage: Ein nach § 313 RVO. versicherter Kriegsteilnehmer kann verwundet als Gefangener in Feindeshand gefallen sein und hätte Anspruch auf Krankengeld. Wenn er im feindlichen Lazarett behandelt worden und nach deutschem Gesetz arbeitsunfähig ist, so werden die Krankenkassen den Anspruch auch nach seiner Rückkehr in die Heimat nach Friedensschluß noch anerkennen müssen; erforderlich ist jedoch, daß der Versicherte die Dauer seiner Krankheit, eigentlich wohl sogar die Dauer seiner Arbeitsunfähigkeit nach deutschem Gesetz nachweist. Wie könnte dieser Nachweis am besten erfolgen? Ist es möglich, nach Friedensschluß durch Vermittlung einer Reichsstelle aus den Feindeslazaretten Angaben über die Dauer der Behandlung zu erhalten?

Antwort: Der Regel nach wird einer amtlichen Bescheinigung einer ausländischen zuständigen Stelle, zumal wenn von einem deutschen Konsulat die Echtheit und die Zuständigkeit bestätigt wird, der Glaube nicht zu versagen sein (zu vgl. Handb. der Unf.Vers. Bd. 1 S. 566). Sich mit einer solchen Bescheinigung über seine Krankheit und Arbeitsunfähigkeit zu versehen, wird im allgemeinen Sache des Zurückkehrenden sein. Werden aber Erhebungen im Ausland erforderlich,

so wird der Staatssekretär des Innern zu ersuchen sein, durch Vermittlung des Staatssekretärs des Aeußern das Erforderliche zu veranlassen (zu vgl. daselbst S. 641 Ziff. 1). Da Fälle dieser Art sich nach dem Kriege gewiß häufen werden, so darf angenommen werden, daß besondere Bestimmungen hierüber ergehen werden, besonders für die Zeit, in der der frühere ordnungsmäßige Verkehr mit dem feindlichen Staate noch nicht hergestellt ist.

Im behördlichen Dienste beschäftigte Personen sind nicht „Lehrlinge".

4. Nach Weißenfels. Antwort: Wenn der Rentmeister für die Führung der Geschäfte der Kreiskasse einen Pauschbetrag erhält, aus dem er das Hilfspersonal zu entlohnen hat, so ändert das nichts daran, daß die von ihm angenommenen Personen im Dienste der Kreiskasse beschäftigt sind. Der Rentmeister vermittelt nur diese Beschäftigung. Das gilt auch von den als Kassenschreiber oder Kassenanwärter beschäftigten jungen Leuten, die einen Entgelt noch nicht beziehen. Diese können aber als „Lehrlinge" nicht gelten, weil sie nicht in einem Betriebe, sondern im Dienst einer Behörde beschäftigt sind. Sie sind daher nicht eher versicherungspflichtig als bis sie Entgelt erhalten. Zu vgl. Arb.Vers. 1914 S. 342 Ziff. 5.

Kein Ersatzanspruch der Kasse gegen den außerehelichen Schwängerer?

5. Nach Pr. E. Antwort: Nach § 1542 RVO. geht auf die Krankenkasse der Anspruch des Versicherten insoweit über, als dieser Ersatz eines durch Krankheit erwachsenen Schadens beanspruchen kann. Eine regelmäßige Entbindung gilt aber nicht als Krankheit, und daher kann die Kasse nach herrschender Ansicht keinen Ersatz für Hebammenkosten und Stillgeld von dem außerehelichen Schwängerer verlangen. Vgl. Hoffmann in Arb.-Vers. 1915 S. 25 ff. Abweichend freilich Oberversicherungs-Amt Dresden in Arb.Vers. 1916 S. 226 f.

Die 4/5 der Arbeitgeberbeiträge nach § 518 RVO. sind portofrei an die Ersatzkasse zu senden.

6. Nach Forst i. L. Antwort: Nach Art. 11 preuß. Ausf.Ges. zum BGB. sind Zahlungen aus öffentlichen Kassen an der Kasse in Empfang zu nehmen, wenn nicht ein Anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der den Ersatzkassen (nach § 518 Abs. 1 RVO. und auf Grund der Anordnung des Bundesrats) gebührenden 4/5 der Arbeitgeberbeiträge ist aber ein Anderes bestimmt. Schon der im Gesetz gebrauchte Ausdruck, daß die Krankenkassen diese 4/5 an die Ersatzkasse „abzuführen" haben, weist darauf hin, daß Uebersendung erfolgen soll. Ueberdies hat nach der Bek. v. 14. Mai 1914 (Arb.Vers. 1914 S. 424) der Bundesrat bestimmt, daß „dabei" ein Verzeichnis näher bestimmten Inhalts „beizufügen" ist. Die Krankenkasse soll also der Ersatzkasse bei der Zahlung bestimmte schriftliche Mitteilungen machen, und es würde allen Gepflogenheiten des Verkehrs widersprechen, wenn dies anders als durch Uebersendung geschehen sollte. Daher muß angenommen werden, daß die Krankenkasse auch die Kosten dieser ihr obliegenden Sendung tragen soll.

§ 215 Abs. 2 RVO. gilt nicht für freiwillig Weiterversicherte, die von der Gemeindekrankenversicherung zu einer Landkrankenkasse übergegangen sind.

7. Nach Mügeln. Antwort: Die W. war bei der Gemeindekrankenversicherung freiwillig weiterversichert nach § 11 KVG. und ist mit dem 1. Januar 1914 von der Landkrankenkasse „übernommen" worden, d. h. sie hat dort ihr früheres Versicherungsverhältnis gemäß Art. 14 Einf.Ges. zur RVO. in Verbindung mit § 300 RVO. unmittelbar fortgesetzt. Das bedeutet, daß sie auch bei der Landkrankenkasse als freiwillig weiterversichert, nicht als freiwillig beigetreten gilt. Die Beschränkung der Leistungen nach § 215 Abs. 2 RVO. (§ 22 Ihrer Satzung) ist aber ausdrücklich nur für „freiwillig Beigetretene" vorgesehen und darf nicht auf Weiterversicherte angewendet werden (Entsch. des RVA. 1791 Amtl. Nachr. 1913 S. 833). Daher ist die Weigerung der Kasse, Wochenhilfe zu gewähren, unbegründet.

Welche Kasse ist für den Dienstboten zuständig bei mehrmaligem Aufenthaltswechsel der Herrschaft?

8. Nach Merseburg. Antwort: Die zuständige Kasse bestimmt sich nach dem Ort, an welchem der Dienstbote beschäftigt wird, nicht nach demjenigen, an welchem die Herrschaft ihren Wohnsitz hat. Nur bei kürzerem, vorübergehendem Aufenthalt an einem Ort, wie z. B. bei Sommerreisen, wird man annehmen dürfen, daß die Kasse des regelmäßigen Aufenthaltes zuständig bleibt. Das trifft aber in dem geschilderten Fall nicht zu. Solange das Dienstmädchen bei der Ehefrau des Kriegsteilnehmers in Essen beschäftigt war, war es Mitglied der Kasse in dieser Stadt, gehörte aber während der Zeit, während deren es mit der Frau in einem Orte bei Berlin war, der für diesen Ort zuständigen Kasse an. Die Merseburger Kasse würde erst dann wieder zuständig sein, wenn das Dienstmädchen zu längerer Beschäftigung in Merseburg dorthin zurückkehrt.

Entbindungskostenbeihilfe nach der Bek. vom 3. 12. 14 bei Entbindung in der Klinik.

9. Nach E. Frage: Ein Mitglied erhält Kriegswochenhilfe nach der Verordnung vom 3. Dezember 1914. Dies Mitglied ist in der Klinik entbunden und mußten wir dafür 27 ℳ einschl. eines Aufenthalts von 9 Tagen bezahlen. — Können wir 25 ℳ gemäß § 3 Nr. 1 der Verordnung als einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung vom Reiche anfordern? Die Wöchnerin ist Mitglied und wurde vom Arzt der Klinik überwiesen.

Antwort: Die Kasse hatte keine Pflicht, die Kosten der nicht von ihr angeordneten Unterbringung und Pflege in der Klinik zu bezahlen. An die Stelle der baren Beihilfe zu den Entbindungskosten kann nach § 4 der Bek. vom 3. Dezember 1914 eine Sachleistung nur durch allgemeinen Vorstandsbeschluß gesetzt werden. Das Mitglied hat also den Anspruch auf die Beihilfe von 25 ℳ und auf das Wochengeld behalten, aber die Kasse kann von dem Gesamtbetrage die für

das Mitglied verauslagten 27 ℳ abziehen (§ 7 der Bek. mit § 223 RVO.). Die 25 ℳ sind im Falle des § 5 der Bek. vom Reiche zu erstatten, im Falle des § 8 dagegen von der Kasse zu tragen. Welcher der beiden Fälle hier vorliegt, ist aus Ihrer Anfrage nicht zu ersehen.

Kein Kriegswochengeld, wenn das satzungsmäßige Wochengeld bereits 7 ℳ wöchentlich beträgt.

10. Nach Coburg. Antwort: Wenn die Bundesratsverordnungen über die Kriegswochenhilfe bestimmen, daß der Wöchnerin ein Wochengeld von täglich 1 ℳ zustehe, so soll damit gesagt werden, daß sie wöchentlich mindestens 7 ℳ zusammen zu beanspruchen habe. Erhält sie bereits als Versicherte täglich 1,50 ℳ, also 9 ℳ wöchentlich bei 6 Arbeitstagen, so wird damit der Wochensatz von 7 ℳ überschritten, und sie hat demnach nicht noch 1 ℳ für den Sonntag zu beanspruchen. (Vgl. Arb.Vers. 1916 S. 95 Ziff. 7; Bescheid des Reichskanzlers in Arb.Vers. 1916 S. 446.)

Blinddarmoperation im Krankenhause als Familienhilfe.

11. Nach T. Antwort: Die Kasse hatte nach der Satzung für das am Blinddarm erkrankte Familienmitglied nur ärztliche Behandlung durch einen der Kassenärzte zu gewähren (§ 32 mit § 19 und § 38). Da eine Operation erforderlich war, die nur in einer dazu geeigneten Anstalt vorgenommen werden konnte, und da anzunehmen ist, daß es sich um einen dringlichen Fall handelt, kann die Kasse die Bezahlung der Kosten der Operation nicht deshalb ablehnen, weil durch die eigenmächtige Verbringung der Erkrankten in eine Privatklinik der Kassenarzt umgangen war (§ 368 RVO.). Die Kasse hat aber nicht etwa die gesamten Krankenhauspflegekosten, sondern eben nur die Kosten der ärztlichen Behandlung, und zwar nach den niedrigsten Sätzen der Gebührenordnung, zu bezahlen. Diese betragen nach Ziff. 96 der Geb.-Ordg. für die Operation (zu vgl. Joachim-Korn Anm. 4 zu Ziff. 96) 50 ℳ. Daß bei Aufnahme der Kranken in das städtische Krankenhaus Operationskosten überhaupt nicht besonders berechnet werden, sondern im Verpflegungssatz einbegriffen gewesen wären, kommt nicht in Betracht; denn in diesem Falle wäre zu ermitteln, wieviel von den Gesamtkosten auf die ärztliche Behandlung entfallen wäre, und das würde bei einer Blinddarmoperation kaum weniger als 50 ℳ sein.

Ersuchen einer Kasse an eine andere um Beaufsichtigung eines Kranken.

12. Nach Ranis. Antwort: Auf Grund des § 219 RVO. kann eine Krankenkasse von einer anderen nur verlangen, daß sie einem im Bezirke dieser anderen Kasse wohnenden Kranken, aushilfsweise und vorbehaltlich des Ersatzes nach § 222, die ihm zustehenden Leistungen gewähre; das schließt die Aufsicht über den Kranken mit ein. Gewährt aber die leistungspflichtige Kasse selbst die Leistungen, so bietet mindestens der § 219 keine Stütze für ein bloßes Ersuchen um Ausübung der Krankenaufsicht. In Frage kann nur kommen, ob ein solches Ersuchen auf § 116 gestützt werden kann, wonach auch Krankenkassen einander die im § 115 bezeichnete Rechtshilfe zu gewähren haben. Nach § 115 können aber Ueberwachungsbehandlungen der in Frage stehenden Art nur unter den im § 347 Abs. 4 bezeichneten Voraussetzungen verlangt werden. Es kann zweifelhaft sein, ob danach nicht ein solches Verlangen überhaupt nur an das Versicherungsamt gerichtet werden kann. Will man es auf Grund des § 116 auch gegenüber einer anderen Krankenkasse zulassen, so setzt es doch jedenfalls vorgängige allgemeine Vereinbarungen voraus (Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 6 zu § 115) insbesondere auch über die Kosten, die ja, wenn die zu beaufsichtigenden Kranken zwar im Bezirk, aber nicht am Sitz der ersuchten Kasse wohnen, recht erheblich sein können. Ohne solche Vereinbarung kann ein Ersuchen im Einzelfall also abgelehnt werden.

Vereinigung von Allgemeiner Ortskrankenkasse und Landkrankenkasse.

13. Nach Thorn. Antwort: Eine allgemeine Ortskrankenkasse kann mit einer Landkrankenkasse nur dann vereinigt werden, wenn die durch § 264 Abs. 3 RVO. vorgeschriebene Voraussetzung erfüllt, das heißt nur, wenn der Mitgliederbestand dauernd unter 250 gesunken ist. Da dies im geschilderten Falle nicht geschehen ist, so ist die Vereinigung unzulässig. Reichen die Einnahmen zur Deckung der Ausgaben nicht aus, so müssen die Beiträge erhöht werden.

Gründe, die Dienstordnung einer Kasse nicht zu genehmigen (Fehlen von Bestimmungen über Annahme von Hilfskräften; unzulängliche Dienststunden).

14. Nach B. F. Antwort: Das Oberversicherungsamt darf die Genehmigung der Dienstordnung nach § 355 Abs. 3 RVO. nur versagen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Ein solcher Grund ist keineswegs nur dann gegeben, wenn den Vorschriften über den notwendigen Inhalt der Dienstordnung (§§ 352, 353) nicht genügt ist, sondern er kann auch in „offenbar unzweckmäßigen Bestimmungen" gefunden werden (Begr. zu § 365 des Entwurfs, S. 209), und ebenso wird man folgerichtig sagen müssen, daß ein Grund, die Genehmigung zu versagen, auch in dem Fehlen gewisser Bestimmungen liegen kann, deren Aufnahme nach den besonderen Verhältnissen der Kasse zweckmäßig und, im Hinblick auf die Sicherung einer geordneten Kassenverwaltung, „wichtig" erscheint. Es läßt sich also nicht ohne weiteres behaupten, daß es ein unzulässiger Eingriff in die Selbstverwaltung der Kasse sei, wenn das Oberversicherungsamt die Aufnahmen gewisser vom Gesetz nicht geforderten und daher im allgemeinen in das Ermessen der Verwaltung gestellten Bestimmungen verlangt, und es kann sich nur im einzelnen Falle fragen, ob die Bestimmung „wichtig" genug ist, um davon die Genehmigung der Dienstordnung abhängig zu machen. Dies möchten wir hinsichtlich der Forderung, daß in die Dienstordnung Bestimmungen über die Annahme und Beschäftigung von Hilfskräften aufgenommen werden sollen, verneinen. Die Dienstordnung bezieht sich nach § 351 Abs. 2 auf solche Hilfskräfte nur, soweit sie es ausdrücklich vorsieht. Daraus ergibt sich, daß die Regelung dieser Frage keinesfalls zum notwendigen Inhalt der Dienstordnung gehört. Bei einer größeren Kasse werden die Anlässe zur Einstellung von Hilfsarbeitern zur vorübergehenden Dienstleistung sehr verschieden

sein, und der Wunsch der Kasse, sich mit Rücksicht hierauf freie Hand zur Anpassung der Regelung an den Einzelfall vorzubehalten, erscheint begreiflich. Wenn aber selbst das Oberversicherungsamt meinen sollte, daß auch eine allgemeine Regelung etwa in der Art, wie sie im § 13 der preuß. Musterdienstordnung (Arb.Vers. 1914 S. 15) vorgesehen ist, noch genug Spielraum für die Anpassung an den Einzelfall lasse, so erscheint uns diese Meinungsverschiedenheit nicht von solcher Wichtigkeit, daß deshalb die Genehmigung sollte versagt werden dürfen. — Im zweiten Punkte können wir die Ansicht der Kasse, daß die Regelung der Dienststunden, als eine innere Angelegenheit der Kasse, allein dem Vorstande vorbehalten bleiben müsse, nicht teilen (zu vgl. § 21 der Musterdienstordnung). Die Dienststunden müssen so bemessen und geregelt werden, daß sie im Interesse aller Beteiligten eine ordnungsmäßige Erledigung der Kassenangelegenheiten verbürgen. Darauf zu bestehen, bedeutet keine unzulässige Beschränkung der Selbstverwaltung. Es kann also unter Umständen auch ein Grund sein, die Genehmigung der Dienstordnung zu versagen, wenn die Kasse sich dem Verlangen des Oberversicherungsamts, die Dienststunden in der Dienstordnung auf 8 statt auf 7 Stunden festzusetzen nicht fügt. Ob aber dies Verlangen im gegebenen Falle gerechtfertigt und seine Ablehnung als „wichtiger Grund" im Sinne des § 355 Abs. 2 zu erachten ist, darüber müssen wir uns eines abschließenden Urteils enthalten, weil dabei die besonderen Kassen- und Verkehrsverhältnisse in Betracht zu ziehen sind. Einstweilen scheint es freilich gegen den Standpunkt des Oberversicherungsamts zu sprechen, daß die staatlichen und Kommunalbehörden des Bezirks sich mit 7 Dienststunden begnügen. Man darf vom Oberversicherungsamt die Angabe von Gründen dafür erwarten, weshalb das bei der Krankenkasse nicht genügen soll.

Kein Wegfall der Wählbarkeit bei Stellung unter Geschäftsaufsicht.

15. Nach Bärenstein (Bez. Chemnitz). Antwort: Nach § 12 Abs. 2 Ziff. 2 RVO. ist nicht wählbar, wer infolge gerichtlicher Anordnung in der Verfügung über sein Vermögen beschränkt ist. Das bezieht sich nur auf eine allgemeine Verfügungsbeschränkung, wie sie bei Konkurseröffnung, Entmündigung oder vorläufiger Vormundschaft eintritt (Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 4 zu § 12). Die Anordnung einer Geschäftsaufsicht zur Abwendung des Konkursverfahrens nach der Bek. v. 8. August 1914 (RGBl. S. 363) bewirkt aber im wesentlichen nicht eine Verfügungsbeschränkung, sondern nur die Beaufsichtigung der Geschäftsführung des Schuldners. Sie bezweckt gerade die Schonung des Schuldners durch Abwendung des Konkursverfahrens. Mag dabei auch in erster Reihe an die Vermeidung der wirtschaftlichen Folgen gedacht sein, so liegt doch auch nicht der geringste Anhalt für die Annahme vor, daß jene Maßregel hinsichtlich der Wahl- oder sonstiger Ehrenrechte die gleiche Wirkung habe, wie die Konkurseröffnung.

Darf eine Krankenkasse zahlendes Mitglied der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sein?

16. Nach Dillenburg. Antwort: Nach § 363 RVO. dürfen die Mittel der Kasse für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung verwendet werden. Eine solche Verwendung liegt aber auch dann vor, wenn sich die Kasse an einem Unternehmen beteiligt, das der Krankheitsverhütung im allgemeinen dient. Darum erachten wir es für zulässig, daß die Kasse Mitglied der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird und die Mitgliedsbeiträge aus den Kassenmitteln bestreitet.

Abfindung eines Unfallverletzten schließt Ersatzansprüche der Krankenkasse an die Berufsgenossenschaft für spätere Erkrankungen aus.

17. Nach H. Antwort: Wenn ein Unfallverletzter von der Berufsgenossenschaft mit einer bestimmten Geldsumme abgefunden ist, so hat er keine weiteren Ansprüche an sie, und daher kann auch die Kasse von ihr keinen Ersatz verlangen für eine Brille, den sie dem Verletzten später bei einer durch den Unfall verursachten Erkrankung bewilligen muß. Wenn auch nach § 616 RVO. die Abfindung davon abhängig ist, daß die Rente weniger als ein Fünftel der Vollrente beträgt, und sie entsprechend dem Werte der Jahresrente bemessen wird, so wird durch sie doch nicht nur die Unfallrente abgegolten, sondern alle Ansprüche auf Unfallentschädigung, also auch auf Krankenbehandlung.

Schutz der Krankenkassen vor Ausbeutung bei mißglückten Arbeitsversuchen.

18. Nach Ehingen. Frage: Bei mißglückten Arbeitsversuchen, die sich über mehrere Tage erstrecken, insbesondere bei Geisteskranken, kommt es nicht selten vor, daß einige Zeit vergeht, bis die Kassenverwaltung die erforderlichen Feststellungen gemacht hat. Inzwischen mußte aber nach der Aktenlage Krankenhilfe gewährt werden, z. B. durch Krankenhauspflege. Das Krankenhaus verlangt aber für die Pflege auf Grund der Zustimmung der Kasse hierzu Bezahlung bis zur Zurücknahme derselben. Von anderen Verpflichteten (Versicherten, Angehörigen, Armenverbänden) ist aber Ersatz manchmal gar nicht oder nicht vollständig zu erlangen. Der Arbeitgeber, der die Anmeldung gutgläubig erstattet hat, ist zweifellos nicht ersatzpflichtig. Wie können sich die Kassen vor solchen Nachteilen schützen?

Antwort: Das einzige Mittel wäre, daß die Kasse mindestens Krankenhauspflege, zu deren Gewährung sie ja in keinem Falle verpflichtet ist, nur in ganz zweifelsfreien Fällen bewilligt und sie namentlich dann einstweilen versagt, wenn der Versicherungsfall schon kurze Zeit nach Beginn der Beschäftigung eingetreten ist, so daß die Annahme eines bloßen Arbeitsversuchs nicht fern liegt.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1152 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. Oktober 1916 | Heft 30

Beitreibung und Konkursvorrecht der Rückstände nach § 28 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 RVO.

Von Obersekretär Gottfried Koch in München.

I.

Das Kranken-Versicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 bestimmte in § 55: Rückständige Beiträge werden in derselben Weise beigetrieben, wie Gemeindeabgaben. Im Bereich der Unfall- und Invalidenversicherung waren wesentlich die gleichen Bestimmungen getroffen. (§§ 103 GUVG., 113 LUVG., 39 BUVG., 111 SUVG., 168 IVG.). „Der Grund für diese Vorschrift ist ersichtlich der gewesen, daß bei der Verschiedenartigkeit der Verhältnisse in den einzelnen Bundesstaaten eine andere allgemein zutreffende Bestimmung, durch welche die Beitreibung dieser Beiträge nach Art derjenigen öffentlich-rechtlicher Natur hätte geregelt werden können, nicht gefunden werden konnte." (Preuß. Min.-Erl. vom 16. April 1888). Die engen Beziehungen des § 55 zu § 54, wonach die Gemeinden die Versicherungspflicht durch Ortsstatut auf andere, außerhalb des gesetzlichen Versicherungszwanges stehende Personen erstrecken konnten, und zu § 58, wonach Entscheidungen von Streitigkeiten zwischen den Beteiligten über die Verpflichtung zur Leistung oder Einzahlung von Beiträgen durch die Aufsichtsbehörde zu entscheiden waren, dürfen wohl als weiterer Grund für diese Regelung angenommen werden. Aus der Begründung zur ersten Unfallversicherungsvorlage (Reichstg. Druckf. 1882 Nr. 19 S. 83) kann aber gefolgert werden, daß der Gesetzgeber den Versicherungsträgern vor allem ein *einfaches wirksames* Beitreibungsverfahren an die Hand geben wollte, um ihre *Leistungsfähigkeit* sicher zu stellen.

Die Bestimmung erwies sich als zweckdienlich und wurde im § 28 Abs. 1 RVO. beibehalten. Die Weglassung der Worte „in derselben Weise" bedeutet lediglich eine sprachliche Vereinfachung, dagegen enthält der Gesetzesausdruck „Rückstände" eine Erweiterung gegenüber dem alten Recht. Wenn auch der frühere Begriff „rückständige Beiträge" nach g. M. im weitesten Sinne auszulegen war, auf alle „Rückstände" konnte er nicht bezogen werden. Nunmehr ist eine wünschenswerte Vereinheitlichung der Zwangsbeitreibung geschaffen worden.

Unter den Versicherungsträgern sind die Krankenkassen am meisten auf ein rasches, glattes Zwangsbeitreibungsverfahren angewiesen, weil nach § 393 RVO. die Einziehung der Beiträge in höchstens einmonatigen Zeitabschnitten vorgeschrieben ist und die geordnete Durchführung dieser Vorschrift nur bei möglichster Ausschaltung aller Weiterungen erreicht werden kann. Auch in dieser Hinsicht hat § 28 bisher genügt, die wirtschaftliche Entwicklung des Erwerbslebens weist aber auf einen notwendigen Ausbau

hin. Der Krieg hat bereits unerfreuliche Begleiterscheinungen gezeitigt. Bei den Krankenkassen macht sich die Störung alsbald bemerkbar, bei den anderen Versicherungsträgern werden Nachteile später zum Vorschein kommen, nachdem gegen Kriegsteilnehmer oder deren Beauftragte die Durchführung des Beitreibungsverfahrens längere Zeit gehemmt ist. (Zu vgl. § 5 Ges. vom 4. August 1914, Arb.Vers. 1914 S. 566 und hierzu Arb.Vers. 1916 S. 144 Ziff. 6). Als auf vorübergehenden Ausnahmeverhältnissen beruhend kann dies noch hingenommen werden. Dagegen stellen sich allgemein die Vorschriften insofern als unzulänglich dar, als sie den direkten Zugriff in das vorhandene Vermögen nicht gestatten, wenn eine Ehefrau Schuldnerin ist. Die Zwangsvollstreckung in das eingebrachte Gut der Ehefrau ist nur zulässig, wenn der Ehemann zur Duldung der Zwangsvollstreckung in das eingebrachte Gut verurteilt ist (§ 739 ZPO.). Die Erleichterung des § 741 ZPO. greift keineswegs durch, da die Pfandgegenstände sich meist im Gewahrsam des Ehemanns befinden (§ 809 ZPO.). In den meisten Fällen betreibt die Ehefrau zudem ihr Erwerbsgeschäft in der gemeinschaftlichen Wohnung, und es sind stets Widersprüche aus § 1363 ff. BGB. und § 739 ff., 774 ZPO. bei einer Zwangsvollstreckung zu überwinden. Nachdem die Ehefrau immer mehr in Erwerbsgeschäften als Arbeitgeber hervortritt, dürfte den geänderten Verhältnissen Rechnung zu tragen sein, indem für die Versicherungsträger der zeitraubende, kostspielige Umweg einer Klage vor den ordentlichen Gerichten ausgeschaltet wird. Könnte dagegen das Versicherungsamt die Duldung aussprechen oder ersetzen (§ 794 Abs. 2 ZPO.), so würde in der einfachsten Weise allen Interessen Rechnung getragen.

II. Nach § 28 Abs. 3 haben Rückstände das Vorzugsrecht des § 61 Ziff. 1 der Konkursordnung. Unter der Herrschaft des alten Rechtes ging die fast unwidersprochene Meinung dahin, daß das Vorzugsrecht des § 61 Ziff. 1 dem Range und dem Umfange nach eingeräumt sei, der Anspruch auf das Vorrecht sonach der zeitlichen Begrenzung auf das Jahr vor der Eröffnung des Konkursverfahrens oder dem Ableben des Gemeinschuldners unterliege. Weder im Wortlaut der Gesetze noch in den Verhandlungen finden sich Anhaltspunkte für oder gegen die Richtigkeit dieser Annahme. Entscheidungen sind nicht bekannt geworden. Ob die Versicherungsträger ihre Anmeldungen entsprechend dieser Grenze betätigt haben oder ihren weitergehenden Anmeldungen die Beschränkung nicht entgegengehalten wurde, entzieht sich der allgemeinen Kenntnis. Auf S. 297 der Arb.Vers. 1916 ist nun eine Entscheidung des Amtsgerichts Stralsund mitgeteilt, worin den Rückständen das Vorzugsrecht ohne jede Einschränkung zuerkannt wurde. Die Schriftleitung hält in der Anmerkung die Begründung für unrichtig, da schon nach sprachlicher Bedeutung den Rückständen das Vorrecht genau in der Art zusteht, wie den in § 61 Ziff 1 der Konkursord. bezeichneten anderen Forderungen und weil kein Anhalt vorliegt, daß das Gesetz mehr als eine Gleichstellung der Ansprüche der Versicherungsträger mit den Lohnforderungen der Arbeiter und Angestellten beabsichtigt hat. Die Schriftleitung beruft sich auf Rosin, Hahn, Düttmann, Laß und Menzel-Schulz-Sitzler. Laß gibt a. a. O. den Wortlaut des § 61 Ziff. 1 KO. wieder, Hahn und Düttmann beziehen sich auf Rosin, woselbst (S. 606) ausgeführt ist: „Nach § 61 Ziff. 1 RKO. werden die dort priv. Forderungen nur insoweit vorzugsweise befriedigt, als sie „für das letzte Jahr . . . .“ rückständig sind. Indem der § 168 JVG. seinen Rückständen schlechtweg das Vorzugsrecht des § 61 Ziff. 1 RKO. zuweist, hat er damit unzweifelhaft auch die quantitative Beschränkung desselben in seine eigene Norm herübergenommen . . . .“ „Der verbindende Gedanke des Gesetzgebers ist der, daß in dem Normalfall der vom Arbeitgeber geschuldete Beitrag rechtlich oder doch wenigstens wirtschaftlich einen Teil des vom Arbeiter verdienten Lohnes darstellt.“ (S. 605) Menzel nimmt

(Anm. 5) ebenso wie Hagen (Anm. 4 zu § 227 AVG.) die zeitliche Beschränkung an, Hagen stellt aber zugleich die Beiträge auf die Stufe der öffentlichen Abgaben. Andere Kommentatoren übernehmen die Beschränkung, Fulb (S. 470 Ziff. 4 zu § 137 alt JVG.) ist anderer Meinung, Begründungen fehlen.

Es handelt sich um die übertragene Anwendung einer gesetzlichen Bestimmung in einem anderen Reichsgesetz und es liegt in der Natur der Sache, daß die Bestimmung am Orte der Uebertragung sich anders auslebt wie an der Stelle ihrer Entstehung. Bei näherem Zusehen ergibt sich, daß die Begriffe schon vom Anfang an sich nicht ganz decken. In der Begründung zur KKO. (vgl. Stenogr. Bericht über die Verhandlungen des Reichstags 1874/75 II² 1. Band S. 1478) heißt es:

„Der Entwurf stellt als Erfordernis I) auf, daß ein Dienstvertrag geschlossen war, durch welchen der Liquidant sich d. h. seine Erwerbstätigkeit ausschließlich oder doch hauptsächlich dem Gemeinschuldner zu dauerndem Dienst auf einen längeren bestimmten Zeitraum oder auf Kündigung verbungen hatte .... Das Vorrecht können dagegen nicht genießen Personen, welche dem Gemeinschuldner nur einzeln oder einmalige Leistungen verdingen, wenngleich sie ihm solche häufig oder regelmäßig verrichten .... nicht also Taglöhner, Lohndiener, Näherinnen usw."

Die KO. vom 10. Februar 1877 enthält die Worte des Entwurfs „dauerndem Dienst" unverändert (RGBl. 1877 S. 362). Den Gründen wurde sonach nicht widersprochen. Hier zeigt sich sofort, daß der Kreis der Personen, für die Versicherungsbeiträge zu entrichten waren, auch unter Berücksichtigung der engeren Grenzen der damaligen Versicherungspflicht ein größerer war, als der Kreis der vorzugsberechtigten Lohnempfänger. Den Versicherungsträgern stand sohin das Vorzugsrecht in einem Umfange zu, der über die in der Konkursordnung gezogene Grenze beinahe grundsätzlich hinausreichte. Weiter ist zur Begründung des Vorrechts (S. 1478) ausgeführt:

„Die auf solche Dienstverhältnisse angewiesenen Personen müssen sich verdingen, ohne daß sie in der Lage sind, ihre Forderungen zu sichern. In der Regel gestatten ihnen die Gesetze bei einmaligem Ausbleiben der Lohnzahlung nicht, den Dienst sofort zu verlassen, entweder müssen sie zuvor kündigen und die Kündigungszeit — also oft noch einen Zahlungstermin — abwarten oder zuvor die gerichtliche Hilfe in Anspruch nehmen. Immer aber erschwert die Natur des Dienstverhältnisses, während der Dauer desselben den Weg der Klage gegen den Dienstherrn zu beschreiten . . ." (S. 1478). „In Berücksichtigung aller Dienstverhältnisse und der geltenden Kündigungstermine beläßt der Entwurf es bei dem gewählten einjährigen Zeitraum." (S. 1479).

S. 1474 ist zur Begründung des Vorrechtes der Steuerforderung dagegen die späte Fälligkeit derselben angeführt und S. 1479 heißt es bei Bestimmung der Rangverhältnisse:

„Der Liblohn erscheint den Konkursgläubigern gegenüber als eine nützliche Verwendung, er muß daher die erste Stelle einnehmen. Das Vorrecht für die öffentlichen Abgaben rechtfertigt sich durch die Rücksicht auf die allgemeinen Verkehrs- und Kreditbedürfnisse, ihm gebührt die zweite Stelle".

Die Konkursordnung wollte also die Arbeitslöhne sicherstellen im Hinblick auf den mangelhaften Schutz solcher Forderungen, aber nur für einen Zeitraum in angemessenen Grenzen, um der Sorglosigkeit nicht Vorschub zu leisten. Die öffentlichen Abgaben wurden als fernerstehend im zweiten Rang eingereiht, jedoch mit einer zeitlich weiteren Beschränkung, weil die Erhebung der Gefälle oft erst sehr spät erfolgen kann. Es bedarf keines besonderen Nachweises, um darzutun, daß die Forderungen der Versicherungsträger eine Mittelstufe einnehmen zwischen den Ansprüchen der Bediensteten und den Forderungen aus dem öffentlichen Recht. Dem Ursprung nach gehören sie der einen, der Art ihrer Erhebung und ihrer Zweckbestimmung nach der anderen Gattung an. Die Versichesicherungsträger sind gegenüber dem Gemeinschuldner bei Zahlungsverzug fast schutzloser, als ein Arbeitnehmer, sie können das Schuldverhältnis, aus dem die Forderung erwächst, nicht kündigen oder sonstwie auf eine Beendigung desselben hinwirken. Wie ein Versicherungsträger ohne eigene Säumigkeit infolge der zeitlichen Beschränkung verkürzt

werden könnte, zeigt der besprochene Fall als Schulbeispiel. Anlangend die Kranken- und Invaliden- sowie Angestelltenversicherung sei nur auf das Unterlassen der Anmeldung oder der Markenverwendung hingewiesen, um klarzulegen, wie leicht die Benachteiligung der Versicherungsträger möglich ist. Mentzel führt (s. o.) die große Wichtigkeit an, die das Vorzugsrecht der Versicherungsträger für die Versicherten selbst hat. Man braucht das beschränkte Zeitabmaß nur auf die zweijährige Umlaufzeit der Quittungskarten anzulegen, um zu erkennen, daß für die Versicherten Nachteile erwachsen können, die weit schwerer wiegen, als ein Ausfall am Lohn. Dabei hat der Arbeitnehmer die Lohnabzüge für die Versicherungsbeitrage sich gefallen zu lassen. und am Schlusse kann sein rechtlich guter Glaube einer großen Enttäuschung Platz machen müssen. Mithin verdienen die Beiträge, soweit sie nach Rosin in Beziehung zum Arbeitslohn stehen, noch den Vorzug vor diesem, genau so wie der Arbeitgeber mit unzulänglichen Geldmitteln bei Meidung der Straffälligkeit verpflichtet ist, zunächst die Beiträge abzuführen und die Lohnzahlung an die Arbeiter nötigenfalls zu kürzen. (Entsch. des Reichsger. 1. Straffen. vom 17. Juni 1897, Preuß. Verw.Bl. 1898 S. 197 und des 2. Straffen. vom 29. Dezember 1897, Arb.Vers. 1898 S. 525).

Durch die Reichsversicherungsordnung wurde den Rückständen ohne Unterschied ihrer Wurzel das Vorzugsrecht eingeräumt. Die Träger der Unfallversicherung wurden den übrigen Versicherungsträgern gleichgestellt. Diese beachtliche Erweiterung kann nicht ohne Wirkung bleiben, auch wenn bei Schaffung derselben nicht an den vollen Umfang der Folgen gedacht wurde. Zunächst drängt sich die Ueberzeugung auf, daß damit der Gedanke des Zusammenhangs der Forderungen der Versicherungsträger mit dem Arbeitslohn stark gelockert, um nicht sagen zu müssen ganz aufgegeben ist. Der Zusammenhang ist nur mehr insoweit festzuhalten, als das große Interesse der Versicherten selbst es erfordert. Beziehungen der Vorrechtsforderungen zum Gemeinschuldner bestehen auf diesem Boden nicht mehr und damit entfällt auch ihnen gegenüber der Grund, der zur zeitlichen Beschränkung des Vorrechts der Lohnforderungen geführt hat. Wenn nun gleichwohl und darüber hinaus der Gesetzgeber den Versicherungsträgern für ihre Rückstände in vollem Umfang möglichste Sicherheit zu gewähren beabsichtigt, so entspricht dies nicht nur einem praktischen Bedürfnis im Rechte der Arbeiterversicherung, sondern auch der rechtlichen Stellung, die die Versicherungsträger heute im öffentlichen Leben einnehmen. Erwägt man endlich, daß eine zeitliche Begrenzung des Vorzugsrechts geeignet ist, unerwünschte Streitigkeiten um oft geringe Beträge hervorzurufen, so gelangt man zu dem Schlusse, daß die Gleichstellung im Range nicht ausreicht, um allen einschlägigen Ansprüchen gerecht zu werden. Es darf dem Gesetzgeber doch wohl nicht unterstellt werden, daß er auf der einen Seite die Rechte der Versicherungsträger erweitern, auf der anderen Seite eine nachteilige Einschränkung beibehalten wollte. In dieser Hinsicht trifft die Begründung eines Urteils des Reichsgerichts (6. Zivilsen. vom 10. Januar 1889, (Reger, Entsch. 10 S. 49—53) den Kern der Frage. Zwar verwenden Landmann und Rasp (JVG. 2. Aufl. S. 775 Anm. 4 zu § 168) die Ausführungen zur Stütze der Ansicht, daß die zeitliche Beschränkung dem Versicherungsträger gegenüber ebenfalls gilt, weil darin der Unterschied im Ausdruck der Ziff. 1 „für das letzte Jahr" und Ziff. 3 „aus dem letzten Jahre" hervorgehoben ist. Allein es darf nicht übersehen werden, daß dort ein Recht der Berufsgenossenschaft dem Umfange nach festzustellen war, für das im Unfallversicherungsgesetz selbst keinerlei Hervorhebung stattgefunden hatte, wie es im Kranken- und Invalidenversicherungsgesetz geschah. Wollte man gleichwohl noch Anhaltspunkte im Sinne der Einschränkung herleiten, so werden dieselben widerlegt durch den Schluß der Urteilsbegründung: „Der .... Sinn der Nr. 3 des § 54 wird .... durch die naheliegenden Zweckmäßigkeitsrücksichten, auf

denen diese Vorschrift beruht, völlig ins Licht gestellt. . . . Gerade im vorliegenden Falle tritt nicht bloß klar hervor, wie unzweckmäßig es gewesen wäre, das Vorzugsrecht der fraglichen Beitragsforderung von ihrer in verschiedenen Zeitmomenten auseinanderliegenden Entstehung abhängig zu machen, statt von ihrer Fälligkeit, welche einheitlich durch die Zustellung des Auszuges der Heberolle bestimmt wird, sondern auch, wie hart eine solche Bestimmung den Gläubiger träfe, da von einer Nachlässigkeit desselben hinsichtlich der Geltendmachung seiner Forderung vor der Fälligkeit nicht die Rede sein kann." Das Reichsgericht sprach sich für das zeitlich weitere Vorrecht aus und nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung würde nun bei Einschiebung der engeren Zeitgrenze der eigentümliche Fall vorliegen, daß das Recht der Berufsgenossenschaften zwar qualitativ, nicht aber quantitativ verbessert wurde.

Wenn nun die zeitliche Einschränkung des Vorrechts der Versicherungsträger somit vom Anfang an im Gesetze keine Stütze fand, dieselbe vielmehr früher schon mit guten Gründen abgelehnt werden konnte, dann wird man die hergebrachte Meinung im neuen Rechte unbedenklich fallen lassen können, umsomehr als die zuständigen ordentlichen Gerichte (vgl. Bescheid des RVA., Amtl. Nachr. 1913 S. 801) ersichtlich einen anderen Standpunkt einzunehmen gewillt sind.

III. Die Rückstände haben kein Vorzugsrecht bei der Zwangsvollstreckung in das unbewegliche Vermögen des Schuldners. Bei der unverkennbaren Absicht des Gesetzgebers, die Forderungen der Versicherungsträger möglichst sicher zu stellen, muß hier das Fehlen entsprechender Bestimmungen als Mangel des notwendigen Schutzes bezeichnet werden. Diese Lücke stört nicht nur die Einheitlichkeit des grundsätzlichen Gedankens im Forderungsrechte, sondern macht sich auch infolge der Häufigkeit der vorkommenden Fälle bei Ausführung der Gesetze am unangenehmsten bemerkbar. Anläßlich der Beratung der Reichsversicherungsordnung wurde deshalb auch der Versuch gemacht, das Vorzugsrecht für die Beiträge zu den Berufsgenossenschaften festzulegen (Kom.Ber. I S. 214, III S. 159). Ein Kommissar des Reichsjustizamts hat jedoch erklärt, daß einer derartigen Privilegierung überwiegende Bedenken entgegenstünden. Den Rückständen wurde in dieser Erklärung der dingliche Charakter abgesprochen, die innere Beziehung zum Versteigerungsobjekt verneint und hauptsächlich der Befürchtung Ausdruck verliehen, es könnte dadurch eine Gefährdung des Realkredits eintreten. Die Wichtigkeit der hervorgehobenen Bedenken soll keineswegs verkannt oder verkleinert werden, allein es sprechen anderseits eine Reihe ebenso gewichtiger Gründe für eine Regelung, so daß ein entsprechender Ausgleich gesucht werden soll. Die Mißstände treten hauptsächlich bei Erstellung von Neubauten durch Bauschwindler zu Tage und vor allem erleiden die Träger der Kranken- und Invalidenversicherung empfindliche Ausfälle. Die Berufsgenossenschaften sind in solchen Fällen verhältnismäßig noch am besten vor Verlusten geschützt (§§ 765 ff., 771, 819, 1183 RVO.; vgl. Arb.Vers. 1916 S. 569), und die neuesten Verträge, die sogar angesehene Geldinstitute mit Bauunternehmern zweifelhafter Güte abschließen, enthalten die Bestimmung, daß als Sicherung der Beiträge zur Berufsgenossenschaft ein entsprechender Betrag aus dem Baukapital einbehalten wird, während der Strohmann die Verpflichtung übernimmt, für die Abführung der Beiträge zur Kranken- und Invalidenversicherung selbst zu sorgen. Solche Vereinbarungen sprechen für sich und zeigen mit welcher Anschmiegung die Beteiligten die Lücke im Gesetz auszunützen verstehen. Die Ermächtigung zur Erhebung eines Vorschusses (§ 403 RVO.) ist nicht geeignet, einen ausreichenden Schutz für die Krankenkassen zu bieten.

Der dingliche Charakter und die innere Beziehung zum Versteigerungsobjekt kann den bei einem Neubau angefallenen Versicherungsbeiträgen füglich nicht abgesprochen werden. Solche Rückstände enthalten Beträge, aus Lohnanteilen der Arbeiter, die nur auf Grund

besonderer gesetzlicher Ermächtigung in Händen der Unternehmer verbleiben, andernfalls müßten die vollen Arbeitslöhne aus dem Baukapital verausgabt werden. Die Strohmänner und ihre Geldgeber rechnen aber förmlich damit, daß sie um diese Beträge weniger Kapital brauchen oder andere Gläubiger hieraus befriedigen können. Vielfach werden solche Beträge auch zur Fortführung der Bauarbeiten mitverwendet, tragen sonach zur weiteren Wertsteigerung des Objektes bei. Aber auch die Arbeitgeberanteile stehen in engerer Beziehung zum bebauten Grundstück als andere Abgaben, die das Privileg genießen. In einem ähnlichen Verhältnis stehen sogar die Versicherungsbeiträge aus dem laufenden Geschäftsbetrieb eines Schuldners, denn das Geschäft trägt stets zur Wertsteigerung des Objektes bei und der Realkredit beruht immer, wenigstens zum Teil auf der Schätzung des Grundstückes unter dem Gesichtspunkt seiner gewerblichen Verwendbarkeit. Der Schuldner stellt die Erträgnisse des Geschäftes in den Dienst der Realbelastung, kurz, die Forderungen der Versicherungsträger entstammen fast ausnahmslos einem werbenden Unternehmen, das bei der Beleihung des Anwesens ebenso wie bei der Zwangsversteigerung entsprechend bewertet und in Ansatz gebracht wird. Von einer Gefährdung des Realkredits kann sohin nicht die Rede sein, zudem erreichen die Beitragsrückstände selten eine solche verhältnismäßige Höhe, daß eine Kreditgefährdung überhaupt befürchtet werden könnte.

Die kommende Zeit weist den Versicherungsträgern neue Aufgaben zu. Nur ein umfangreicher gesetzlicher Schutz ihrer Einnahmen bürgt dafür, daß sie allen Anforderungen gerecht zu werden vermögen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Beschränkte Wirkung einer erst in der 2. oder 3. Woche nach dem Ausscheiden angezeigten Weiterversicherung.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 13. März 1916 (2223 Amtl. Nachr. 1916 S. 576).

Der Vorentscheidung des Oberversicherungsamts war im Ergebnis, wenn auch mit anderer Begründung, beizutreten. Nach § 313 Abs. 2 Satz 1 RVO. muß die Anzeige der Weiterversicherung binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden erstattet werden. Wer jedoch in der zweiten oder dritten dieser Wochen erkrankt, hat nach § 313 Abs. 2 Satz 2 für diese Krankheit, vorbehaltlich des § 214, Anspruch auf die Kassenleistungen nur, wenn er die Anzeige in der ersten Woche erstattet hat. Diese Vorschrift, welche der Kommissionsberatung ihre Entstehung verdankt, dient dem Schutze der Kassen gegen Nachteile, die ihnen aus der im § 313 RVO. gegenüber § 27 KVG. um zwei Wochen verlängerten Erklärungsfrist für die Weiterversicherung erwachsen würden. Das Risiko für die in der zweiten oder dritten Woche nach dem Ausscheiden eintretenden Erkrankungen soll der Versicherte selbst tragen, wenn er die Weiterversicherung nicht in der ersten, sondern erst in einer der beiden folgenden Wochen erklärt hat. Die Erklärung der Weiterversicherung soll dann nur für die Zukunft wirken (Kommissionsber. II S. 197, 198). Nach dem Ergebnis der Kommissionsverhandlungen und nach dem Wortlaut des § 313 Abs. 2 Satz 2 muß also angenommen werden, daß ein in der zweiten oder dritten Woche nach dem Ausscheiden Erkrankter für diese Erkrankung überhaupt keinen Anspruch auf Grund der Weiterversicherung erwirbt, wenn er die Weiterversicherung erst in einer dieser Wochen erklärt hat (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 6 zu § 313; Spielhagen im Zentralbl. der Reichsvers. 1912 S. 7 und 8). Der Anspruch des Ausgeschiedenen aus § 214 RVO. soll aber, wie die Kommissionsverhandlungen ergeben, unberührt bleiben; er ist deshalb im § 313 Abs. 2 Satz 2 auch ausdrücklich vorbehalten worden. Demgemäß hätte der Verpflegte, da er sich erst am 13. Aug. 1914, also in der zweiten Woche nach dem Ausscheiden bei der Kasse, zur Weiterversicherung angemeldet hat, auf Grund des § 313 für seine Erkrankung, sei es, daß sie in der zweiten oder erst in der dritten Woche nach dem Ausscheiden eingetreten ist, Ansprüche auf die Kassenleistungen nicht erheben können, sondern nur auf Grund des § 214. Ob der Genannte auch dann, wenn er die Weiterversicherung in der ersten Woche nach dem Ausscheiden

erklärt hätte, die im vorliegenden Falle höheren Ansprüche aus § 214 geltend machen könnte, war hier nicht zu entscheiden. Hiernach war der klagende Armenverband nach § 1531 RVO. befugt, in Höhe des Anspruchs des Unterstützten nach § 214 unter Zugrundelegung eines nach der fünften Lohnstufe der Kasse berechneten Grundlohns für seine Aufwendungen Ersatz zu verlangen.

Wohnstätte eines Bücherkolporteurs als Beschäftigungsort. Formale Versicherung nach § 315 RVO.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 27. Mai 1916 (2231 Amtl. Nachr. 1916 S. 586).

Nach § 153 Abs. 1 RVO. ist Beschäftigungsort der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet. Nach § 153 Abs. 2 gilt für Versicherte, die an einer festen Arbeitstätte (Betrieb-, Dienststätte) beschäftigt werden, diese als Beschäftigungsort auch, während sie außerhalb für den Arbeitgeber einzelne Arbeiten von geringer Dauer ausführen. Das gleiche gilt nach § 153 Abs. 3 für Versicherte, die von einer festen Arbeitstätte aus nur mit einzelnen Arbeiten wechselnd in Bezirken verschiedener Orts- oder Landkrankenkassen beschäftigt werden. Als Arbeitstätte des Unternehmers im Sinne dieser Vorschriften kann sich, wie der Senat in der Entscheidung vom 19. Juni 1915 dargelegt hat, unter Umständen auch die Wohnstätte eines Versicherten darstellen (zu vgl. Hanow, Kommentar 3. Aufl. Anm. 4 zu § 153, Hahn, Handbuch der Kr.Vers. Anm. 3b zu § 153 und die dort angeführten Entscheidungen). Das gilt für Bücherkolporteure und ähnliche Personen, die an wechselnden Orten den Verkehr zwischen dem Unternehmer und dem Publikum vermitteln, namentlich dann, wenn sich ein wesentlicher Teil ihrer Tätigkeit an ihrer Wohnstätte in Ermangelung einer sonstigen Betriebstätte vollzieht (zu vgl. Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 16. Dezember 1909, Arb.Vers. 1910 S. 721). Dies war vorliegend hinsichtlich der Tätigkeit des W. in R. der Fall. Nach dem Ergebnis der Ermittlungen hatte er dort zuerst eine von G. gemietete Wohnung inne. Ein Zimmer der Wohnung wurde als Geschäftszimmer benutzt und war mit der dazu erforderlichen Einrichtung versehen. Auch später übte W. einen wesentlichen Teil seiner Tätigkeit für G. in seiner Wohnung in R. aus. Er empfing hier die ihm von diesem übersandten Bücher usw. und stellte sie von hier aus der Kundschaft zu. Für seine Versicherung wäre somit die Allgemeine Ortskrankenkasse in R. auch in der Zeit vom 24. Oktober 1913 bis zum 26. Oktober 1914 zuständig gewesen. Gleichwohl kann sie die Beiträge für diese Zeit nicht verlangen. Wie dargelegt, war W. während dieser Zeit bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in N. gemeldet, in deren Bezirk er vorher wohnte. Solange er bei ihr gemeldet war, sind die Beiträge an sie gezahlt worden. Die dortige Kasse hat somit die Beiträge nach vorschriftsmäßiger Anmeldung länger als drei Monate hindurch ununterbrochen und unbeanstandet angenommen. Sie hatte daher nach § 315 der Reichsversicherungsordnung W. so lange als Mitglied anzuerkennen, bis sie ihn oder seinen Arbeitgeber schriftlich an eine andere Kasse verwies. Das ist, wie das Versicherungsamt zutreffend ausführt, jedenfalls vor dem 26. Oktober 1914, dem Tage der Anmeldung des W. bei der Kasse in R., nicht geschehen. Folglich hat W. bis dahin als Mitglied der N.er Kasse zu gelten. Nach § 312 RVO. erlischt die Mitgliedschaft bei einer Kasse, wenn der Versicherte Mitglied einer anderen Krankenkasse oder einer knappschaftlichen Krankenkasse wird. Die Vorschrift beruht auf dem Grundsatz, daß niemand gleichzeitig Mitglied zweier Krankenkassen sein kann (zu vgl. die Begr. zum Entw. der RVO. S. 197). Dieser Grundsatz greift auch durch, wenn jemand nach § 315 als Mitglied einer an sich unzuständigen Kasse gilt. Demnach kann er nicht zugleich als Mitglied einer anderen Kasse behandelt werden, mag sie an sich auch zuständig sein. Daraus ergibt sich, daß die zuständige Kasse die Beiträge nicht für eine Zeit verlangen kann, während deren der Versicherte nach § 315 als Mitglied einer anderen Kasse gilt; sonst müßte man folgerichtig dem Arbeitgeber zur Vermeidung doppelter Beitragszahlung die Befugnis einräumen, die Beiträge von der anderen Kasse zurückzuverlangen. Ein solcher Anspruch ist aber ausgeschlossen, da der Versicherte als Mitglied der anderen Kasse behandelt wird, wie denn auch diese ihn bei Erkrankung hätte unterstützen müssen und somit die Gefahr der Versicherung getragen hat (zu vgl. Hoffmann, Kommentar, Anm. 2 zu § 315, Anm. 12a zu § 405).

Rückerstattung früher geleisteter Beiträge bei Knappschaftsvereinen.

Entsch. des **Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten in Berlin** vom 16. Mai 1916.

Der rund 400000 Mitglieder zählende Allgemeine Knappschaftsverein zu Bochum hat in seiner Satzung — wie viele andere Knappschaftsvereine — die Bestimmung (§ 33 Abs. 2 der alten, § 107 Abs. 3 der neuen Satzung): „Beiträge sind auf Antrag zu erstatten, wenn ein Versicherter während seines Militärdienstes arbeitsunfähig wird oder zu Tode kommt und im letzteren Falle eine Witwe oder Kinder, Vater oder Mutter hinterläßt."

Es ist wiederholt Streit darüber entstanden,

ob hierunter auch früher geleistete Beiträge des Mitgliedes zu verstehen sind, auch wenn die Anwartschaft nicht wieder durch einjährige Mitgliedschaft aufgelebt war. Ein Fall lag folgendermaßen: Der Bergmann W. war vom 24. Februar 1910 bis zum 3. Oktober 1913 Mitglied der Pensionskasse, ebenso nachdem er am 4. Januar 1914 die Bergarbeit im Bezirk der Kasse wieder aufgenommen hatte, von da an bis zum 5. Dezember 1914. Am 7. Dezember 1914 wurde er zum Heeresdienst einberufen, am 8. April 1915 starb er an Kriegsbeschädigung. Auf Antrag seines Vaters, die vom Sohne zur Pensionskasse gezahlten Beiträge zu erstatten, wurde durch den Bescheid der Kasse nur die Rückzahlung der Beiträge aus der Mitgliedschaft vom 4. Januar 1914 bis zum 5. Dezember 1914 angeordnet, die Erstattung der Beiträge aus der früheren Zeit aber abgelehnt, weil diese Mitgliedschaft erloschen sei. Die vom Antragsteller eingelegte Berufung wurde vom Knappschafts-Oberversicherungsamt Dortmund vom 23. September 1915 zurückgewiesen. Die dagegen eingelegte Revision hatte Erfolg. Gründe:

Das Oberschiedsgericht hat in dem Urteil vom 23. November 1915 in Sachen der Witwe des Bergmanns B. wider den Allg. Knappschaftsverein (Revisionsliste P. Nr. 162/15) in einem gleichliegenden Falle grundsätzlich ausgesprochen, daß, wenn ein Mitglied des Allg. Knappschaftsvereins während des Militärdienstes arbeitsunfähig wird oder zu Tode kommt, auf Antrag die in früheren Mitgliedszeiten gezahlten Beiträge nach § 107 Abs. 3a der Satzung vom 16. Dezember 1913 auch dann zu erstatten sind, wenn die früheren Anwartschaften noch nicht nach § 57 derselben Satzung wieder aufgelebt waren.

In den Gründen jenes Urteils ist unter Hinweis auf den Wortlaut des § 107 Abs. 3a der genannten Satzung und die gleichlautenden Vorschriften der früheren Satzung des Beklagten ausgeführt, wie in keiner Satzung zwischen Beiträgen aus zur Zeit des Todes vorhandener und solchen aus einer Mitgliedschaft unterschieden wird, deren Anwartschaften das Mitglied verloren hatte, und es deshalb nach allgemeinen Auslegungsregeln bei dem klaren und unzweideutigen Wortlaute der Satzungsvorschriften nicht zulässig ist, nicht vorhandene Unterscheidungen durch Auslegung in die Rechtsvorschrift hineinzubringen. Die Mitgliedsbeiträge aus Mitgliedszeiten, deren Anwartschaften verloren waren und noch nicht nach § 57 der Satzung wieder aufgelebt sind, haben die Natur der Mitgliedsbeiträge darum nicht verloren. Das Oberschiedsgericht hat bei nochmaliger Prüfung diese aus dem Wortlaut der Vorschrift des § 107 Abs. 3a der Satzung sich ergebende Rechtsansicht aufrechtzuerhalten.

Anmerkung des Einsenders (F. Kl.): Die Entscheidung ist von großer Wichtigkeit für die Bergarbeiter. Ist doch die Zahl der Personen, die Ansprüche auf Beitragserstattung haben eine umfangreiche. Bei dem Allgemeinen Knappschaftsverein Bochum waren bis Ende 1915 als Kriegsteilnehmer gemeldet 120000 Personen. Von diesen waren bis zu dem gedachten Zeitpunkt 9412 gefallen, 512 invalid infolge Kriegsdienstbeschädigung. Von den Gefallenen waren 6015 verheiratet oder Väter von anspruchsberechtigten Kindern. Bei dem Oberschlesischen Knappschaftsverein waren bis Ende 1915 von den 39 115 zum Kriegsdienst einberufenen Mitgliedern gefallen 2117, invalid 25, bei dem Saarbrücker Verein von 20580 Einberufenen 1478 bezw. 29. Die Wartezeiten für die Ansprüche aus der Pensionskasse sind verschieden, sie betragen beim Bochumer Verein 250 Wochen, beim Oberschlesischen 3 Jahre, beim Saarbrücker 1 Jahr.

Außerordentliche Regelung der Gehälter der Kassenangestellten durch den Vorstand ist unzulässig.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 27. Mai 1916 (2235 Amtl. Nachr. 1916 S. 591).

Im Oktober 1915 reichte der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt B.-S. dem Versicherungsamt eine vom Vorstand und Ausschuß beschlossene Dienstordnung ein zur Weitergabe an das Oberversicherungsamt zwecks Genehmigung. In dieser Dienstordnung waren für eine Reihe von Angestellten Gehaltssätze vorgesehen, die höher waren als die ihnen bisher zustehenden Gehälter. Die Sätze sollten bereits vom 1. November 1915 ab in Kraft treten und wurden dementsprechend auch für die Monate November und Dezember 1915 gezahlt. Das Oberversicherungsamt beanstandete die Dienstordnung in einer Reihe von Punkten, unter anderem auch bezüglich der Gehaltssätze für einzelne Gruppen der Angestellten. Der Vorstand beschloß gleichwohl, die erhöhten Gehälter weiterzuzahlen. Infolge der Anzeige eines Vorstandsmitgliedes erließ das Versicherungsamt nach Anhörung der Kasse auf Grund der §§ 30, 377 RVO. eine Anordnung, durch die es die Beschlüsse des Kassenvorstandes über die Zahlung der erhöhten Gehaltssätze aufhob und verfügte, daß die über die bisherigen Gehaltssätze für November und Dezember 1915 gezahlten Beträge bis 1. Februar 1916 von den beteiligten Beamten wiedereinzuziehen seien. Gegen diese Anordnung legte der Kassenvorstand rechtzeitig Beschwerde ein. Das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) wies die Beschwerde zurück. Gegen diese Entscheidung hat der Kassenvorstand weitere Beschwerde eingelegt. Sie wurde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die erst in der Beschwerdeschrift aufgestellte Behauptung des Kassenvorstandes, daß es sich bei der Gehaltsaufbesserung nicht um ein Vollziehen des Besoldungsplans der noch nicht genehmigten Dienstordnung, sondern um eine von dieser unabhängige außerordentliche Maßnahme handle, findet in den Akten keine Stütze. . . . Indessen selbst wenn es sich um eine außerordentliche Gehaltserhöhung handelte, so würde dies an der Sachlage nichts ändern. Wie das Oberversicherungsamt zutreffend bemerkt, können nach dem Inkrafttreten

der Reichsversicherungsordnung die Gehälter der Kassenangestellten nicht mehr durch einzelne besondere Beschlüsse der Kassenorgane festgesetzt werden, sondern nur noch durch den behördlich genehmigten Besoldungsplan, der für die Angestellten in der Dienstordnung und für die Beamten der Krankenkasse in dem vom Oberversicherungsamt aufzustellenden Regulativ enthalten ist (§§ 353, 355 Abs. 3, § 359 RVO.). Der Gesetzgeber hat mit Absicht die Befugnisse der Kassenorgane hinsichtlich der Angestellten- und der Beamtenverhältnisse beschränkt (zu vgl. Begr. zum Entw. S. 209 zu § 365 sowie Kommissionsber. II S. 242 ff.). Es fehlt also an einer gesetzlichen Grundlage für eine außerordentliche Maßnahme, wie sie der Kassenvorstand in der Beschwerdeschrift im Sinne hat. Bedarf aber der Besoldungsplan der Genehmigung des Oberversicherungsamts, so darf er auch nicht vor der Genehmigung vom Kassenvorstande durchgeführt werden; andernfalls maßt sich dieser Rechte an, die ihm vom Gesetze nicht gegeben sind. Dies würde auch dem Art. 33 Abs. 2 Einf Ges. zur RVO. widersprechen, wonach die Dienstordnung mit Ablauf eines Monats seit dem nach Abs. 1 desselben Artikels vom Oberversicherungsamte bestimmten Tage in Kraft tritt. Es soll nicht verkannt werden, daß in Zeiten außergewöhnlicher Verhältnisse sich für die Angestellten und Beamten gewisse Härten ergeben können, wenn ihnen Zulagen, die ihnen in Anbetracht der Zeitverhältnisse gewährt werden sollen, erst durch den zu genehmigenden Besoldungsplan oder eine zu genehmigende Aenderung zugebilligt werden können. Das ist jedoch gegenüber dem Gesetze nicht zu ändern. Ueberdies werden erhebliche Härten in der Regel dadurch zu vermeiden sein, daß die Durchführung der hinsichtlich des Besoldungsplans zu treffenden Maßnahmen möglichst beschleunigt wird. Aus dem Gesagten ergibt sich jedenfalls, daß die Zahlung der höheren Gehaltssätze gesetzwidrig war. Das Versicherungsamt hat daher als Aufsichtsbehörde mit Recht die Einstellung dieser Zahlungen angeordnet. Waren hiernach die Zahlungen gesetzwidrig, so ergibt sich auch die Pflicht des Vorstandes, die nötigen Maßnahmen zu treffen, um die Erfüllung der mit jenen unzulässigen Zahlungen zusammenhängenden Forderungen der Kasse gegen die Angestellten herbeizuführen. In diesem Sinne ist die Anordnung des Versicherungsamts, die für November und Dezember 1915 gezahlten Beträge wiedereinzuziehen, zu verstehen, und in diesem Sinne ist die Anordnung auch zulässig. Die weitere Beschwerde war daher zurückzuweisen.

Keine Beitragspflicht während der Betriebspause im Winter.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. Mai 1916 (2233 Amtl. Nachr. 1916 S. 588).

Der Pflasterlehrling Peter D. stand bei dem Tiefbauunternehmer F. in B. seit dem 22. April 1913 in einem festen Lehrverhältnis. F. entläßt die auswärtigen Pflasterlehrlinge in den Wintermonaten bei einem fast völligen Darniederliegen des Straßenbaugeschäfts auf ihren Wunsch in die Heimat. Sie müssen sich aber auf Aufforderung sofort zur Arbeit wieder einfinden. Das Lehrverhältnis bleibt während der Unterbrechung bestehen. Den vereinbarten Lohn erhalten sie nur während ihrer wirklichen Arbeitszeit. Die Lehrlinge werden bei der Krankenkasse ab- und nach ihrer Rückkehr wieder angemeldet. Bei D. dauerte die Unterbrechung im Winter 1913/14 vom 20. Dezember bis zum 29. März. Eine Entlohnung fand in dieser Zeit nicht statt, während im übrigen laut Lehrvertrag ein Tagelohn gezahlt wurde. Wie F. angegeben hat, ist D. während der Zeit der Unterbrechung mehrfach anderweit versicherungspflichtig tätig gewesen, so vom 12. Januar bis 28. März in M. als Hausbursche, ferner als Waldarbeiter, und ist währenddessen auch Mitglied anderer Kassen gewesen. Im Jahre 1914 hat die Unterbrechung schon am 2. August begonnen und bis zum 23. Februar 1915 gedauert. Den Anlaß zu dieser frühzeitigen Unterbrechung hat der Ausbruch des Krieges gegeben. Dann hat sich die Winterpause unmittelbar angeschlossen. Eine dritte Unterbrechung vom 21. März bis zum 19. April 1915 war durch Krankheit des Lehrlings verursacht. F. hat ausgeführt, während der regelmäßigen winterlichen Pause hätten sich die in die Heimat beurlaubten Lehrlinge nur insofern zur Verfügung zu halten, als sie nach Beendigung der schlechten Jahreszeit auf Aufforderung wieder in den Dienst eintreten müßten. Während des Winters würden sie nicht einberufen. Eine Zurückberufung, etwa zu vorübergehender Beschäftigung im Winter, komme bei dem verringerten Geschäftsbetrieb überhaupt nicht in Frage. Beim Ausscheiden werde dem Lehrling eröffnet, daß er sich bei Wiederaufnahme der Arbeit nach Eintritt günstiger Witterung wieder einzufinden habe und deswegen schriftlich anfragen könne.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse zu B. beansprucht Beitragszahlung auch für die Zwischenzeiten vom 20. Dezember 1913 bis 29. März 1914, vom 2. August 1914 bis 23. Februar 1915 und vom 21. März bis 19. April 1915 in Höhe von 35,52 ℳ. F. hat die Zahlung mit der Begründung verweigert, daß Beiträge nur für die Dauer der Beschäftigung gegen Entgelt zu entrichten seien, daß er für die erwähnten Zeiträume keinen Lohn gezahlt habe und daß es nicht in der Absicht des Gesetzes liegen könne, für die Zeit periodisch wiederkehrender Arbeitsunterbrechungen von längerer Dauer Versicherungspflicht anzunehmen, um so weniger, als während dieser Zeit der Lehrling nicht gehindert gewesen sei, anderweit Beschäftigung anzunehmen. Das Lohnarbeitsverhältnis sei für die Zwischenzeit in beiderseitigem Einverständnis gelöst worden; somit sei auch die Kassenmitgliedschaft erloschen. Es handle sich mithin nicht um eine eigentliche Beurlaubung, sondern um eine Entlassung auf Zeit. Aehnlich wie in seinem Geschäftsbetriebe lägen die Verhältnisse im

gesamten Baugewerbe. Auch da würden im Winter bei der ungünstigen Jahreszeit die Maurer-, Zimmerer- und Stukkateurlehrlinge in die Heimat entlassen. Es wäre unbillig, wenn jeder Meister verpflichtet sein sollte, auch in dieser Zeit für seine nicht beschäftigten Lehrlinge Krankenkassenbeiträge zu leisten.

Das Versicherungsamt hat durch Vorentscheidung des Vorsitzenden vom 24. September 1915 den Arbeitgeber F. zur Zahlung der 35,52 ℳ an die Kasse verurteilt. Es geht davon aus, Voraussetzung für die Versicherung sei das Vorliegen des Lehrverhältnisses, das auch während der Beurlaubung bestanden habe und durch die zu Unrecht erfolgte Abmeldung nicht unterbrochen worden sei. Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts hat F. bei dem Oberversicherungsamte rechtzeitig Beschwerde eingelegt. Dieses hat noch über die Dauer der Arbeitsunterbrechungen und über etwaige Vereinbarungen zwischen dem Lehrherrn und dem Lehrling bei Beginn der Winterpause Beweis erhoben. Sodann hat es die Sache nach §§ 1799, 1693 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben, da es nach § 405 Abs. 2 endgültig zu entscheiden hätte und es sich um die noch nicht festgestellte Auslegung des Begriffs des Arbeits- (Lehr-) Verhältnisses handle. Das Oberversicherungsamt hat sich, soweit die Unterbrechung im Winter 1913/14 in Betracht kommt, dem Versicherungsamte mit der Begründung angeschlossen, daß selbst Unterbrechungen der Arbeit von längerer Dauer nicht notwendig eine Unterbrechung des „Arbeitsverhältnisses" herbeiführten, wenn dieses nur nach dem Willen der Beteiligten fortdauern, d. h. der Arbeitnehmer zur Verfügung des Arbeitgebers bleiben solle. Die während der Winterpause anderweit eingegangenen Arbeitsverhältnisse würden nach § 309 zu behandeln sein. Anders sei die Unterbrechung im August 1914 zu beurteilen. Hier handle es sich nicht mehr um die regelmäßige Winterpause, sondern um ein durch besondere Verhältnisse bedingtes und der Zeitdauer nach unbestimmtes Ruhen des Lehrverhältnisses. Für diese Zeit sei der Lehrvertrag außer Kraft gesetzt, da er über solche Unterbrechungen keine Bestimmung enthalte. Tatsächlich habe die Unterbrechung sieben Monate gedauert. Für diese Zeit würden danach Beiträge nicht zu zahlen sein. Erst nach Wiederaufnahme des Lehrverhältnisses im Februar 1915 habe die Beitragspflicht wieder begonnen und von da an — mit Ausnahme der kurzen Unterbrechung im März 1915, für die bei Arbeitsunfähigkeit Krankenhilfe gewährt worden sei (§ 383) — für die streitige Zeit fortgedauert.

Das Reichsversicherungsamt hat ausgesprochen, daß für die erwähnten Zwischenzeiten Beiträge zur Krankenversicherung nicht zu zahlen seien. — Gründe:

Zunächst besteht darüber kein Streit, daß das Lehrverhältnis als solches durch die wiederholten langen Arbeitsunterbrechungen nicht berührt worden ist. Die Versicherungspflicht setzt aber nach § 165 Abs. 2 RVO. voraus, daß der zur Dienstleistung Verpflichtete „beschäftigt" wird. Maßgebend ist also das Vorliegen eines Beschäftigungsverhältnisses. Ist dieses durch Antritt der Arbeit wirksam geworden, so dauert es so lange fort, bis es tatsächlich gelöst ist (zu vgl. Entsch. 1933, Amtl. Nachr. 1914 S. 813 ff., insbesondere S. 815). Ob die Lösung erfolgt ist, bestimmt sich im Gegensatze zur Frage der Lösung des zivilrechtlichen Dienst- (Lehr-) Verhältnisses nach tatsächlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Das Beschäftigungsverhältnis kann beendet sein, während das Dienstvertragsverhältnis noch weiterläuft. Zum Wesen des Beschäftigungsverhältnisses gehört, wie das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 1969 (Amtl. Nachr. 1915 S. 371) dargelegt hat, die Verfügungsmacht des Arbeitgebers über den Beschäftigten. Diese kann noch fortbestehen, auch wenn eine Beschäftigung zeitweise nicht stattfindet. So hat das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 1885 (Amtl. Nachr. 1914 S. 655) für das Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses während eines ein- bis zweiwöchigen Erholungsurlaubs unter gewissen Voraussetzungen angenommen. Die Entscheidung des vorliegenden Streites hängt also lediglich davon ab, ob der Lehrling auch in den Zwischenzeiten der Verfügungsgewalt des Beschwerdeführers unterstand. Mit Recht hat das Oberversicherungsamt dies für die Zeit vom 2. August 1914 bis zum 23. Februar 1915 aus den oben wiedergegebenen Gründen verneint. Bei Ausbruch des Krieges war nicht zu übersehen, wie lange der Betrieb des Beschwerdeführers werde ruhen müssen. Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß sich der Arbeitgeber seiner Verfügungsmacht vorläufig begab. Erst nach Ende des folgenden Winters wurde das Beschäftigungsverhältnis wieder aufgenommen. Aber auch hinsichtlich der Arbeitsunterbrechung im Winter 1913/14 gelangte der Senat zu der Annahme, daß das Beschäftigungsverhältnis gelöst war. Zwar ist, wie sich schon aus der erwähnten Entsch. 1885 ergibt, nicht jeder Urlaub geeignet, das Beschäftigungsverhältnis zu unterbrechen. Auch muß hier der Umstand unberücksichtigt bleiben, daß während der Winterpause kein Lohn gezahlt wurde. Denn nach § 165 Abs. 2 RVO. hängt die Versicherung der Lehrlinge nicht davon ab, daß sie gegen Entgelt beschäftigt werden. Ferner kann nicht allein die Länge des Urlaubs entscheidend sein. Selbst bei einem Urlaub von mehreren Monaten ist recht wohl denkbar, daß die Verfügungsmacht des Arbeitgebers fortdauert. Endlich ist auch nicht ohne weiteres ausschlaggebend, daß der Lehrling zwischendurch ein anderes versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis einging. Denn ein Arbeitnehmer kann gleichzeitig in verschiedenen versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen stehen. Die Kassenzugehörigkeit regelt sich dann nach § 309 RVO. Immerhin kommt hier in Betracht, daß D. durch die Art der Beurlaubung in die Lage versetzt war, dem anderen Arbeit-

geber seine ganze Arbeitskraft ungeteilt zur Verfügung zu stellen. Schon die Art der Beschäftigung und die örtliche Trennung schloß hier ein gleichzeitiges Beschäftigtsein aus. Zwar hat D. bei seiner Vernehmung vor dem Versicherungsamt angegeben, wenn während der Arbeitsunterbrechung die Aufforderung an ihn ergangen wäre, zur Arbeit zurückzukehren, hätte er dem Rufe folgen müssen. Daß diese Verpflichtung an sich bestand, ist eine selbstverständliche Folge des Lehrvertrags. Wie sich aber aus den Ausführungen des Beschwerdeführers einwandfrei ergibt, kam eine solche Rückberufung während der Winterpause nach der besonderen Art des Geschäftsbetriebs überhaupt nicht in Frage. Vielmehr hatte die Verpflichtung, sich zur Verfügung zu halten, bei richtiger Würdigung der gesamten Sachlage nur die Bedeutung, daß sich der Lehrling nach Ablauf der Winterpause wieder einzufinden hatte. Daraus folgt, daß er in der Zwischenzeit trotz Fortbestehens des Lehrvertrags der Verfügungsgewalt seines Arbeitgebers nicht unterworfen, sondern in der Verwertung seiner Arbeitskraft völlig frei war. Wenn die Kasse dem entgegenhält, daß dann folgerichtig die Zeit der Unterbrechung auch von der Lehrzeit abgerechnet werden müsse und der Lehrling gezwungen sei, ebensoviel Wochen über die festgesetzte Lehrzeit hinaus zu arbeiten, so ist darauf zu erwidern, daß, wie schon früher betont worden ist, zwischen dem Lehrverhältnis und dem Beschäftigungsverhältnis, das allein die Unterlage für die Versicherungspflicht bildet, streng unterschieden werden muß. Ob Zeiträume, in denen nicht gearbeitet worden ist, der Zeit des Lehrverhältnisses hinzugerechnet werden dürfen, ist nach völlig anderen rechtlichen Gesichtspunkten zu beurteilen. Dem ferneren Einwand der Kasse daß bei dem Aufhören der Versicherungspflicht in den Zwischenzeiten der Lehrling in Fällen von Krankheit der Not und dem Elend preisgegeben sein würde, ist zu entgegnen, daß der Lehrling dafür in der Lage war, frei über seine Arbeitskraft zu verfügen und durch Eingehen eines anderen Arbeitsverhältnisses — wie auch tatsächlich geschehen — die Versicherung bei der zuständigen Kasse zu erlangen. Die Befürchtung der Kasse, die Grenze zwischen Urlaub und Entlassung werde völlig verwischt werden, wenn in Fällen der vorliegenden Art eine Unterbrechung des Beschäftigungsverhältnisses angenommen würde, ist nicht gerechtfertigt. Auf die Benennung im Einzelfall kommt es überhaupt nicht an. Die Frage, ob die Verfügungsmacht des Arbeitgebers trotz Unterbrechung der Arbeit weiter bestanden hat, kann nur nach Prüfung der gesamten Lage des Falles beantwortet werden. Dafür, daß vorliegend tatsächlich die Absicht bestanden hat, das Beschäftigungsverhältnis zu lösen, bietet übrigens auch der Umstand einen weiteren Anhalt, daß der Beschwerdeführer seinen Lehrling bei der Kasse ab- und wieder angemeldet hat. Ist hiernach das Beschäftigungsverhältnis in den Zeiten vom 20. Dezember 1913 bis 29. März 1914 und vom 2. August 1914 bis 23. Februar 1915 unterbrochen gewesen, so waren auch keine Beiträge zu entrichten. Für die dritte Unterbrechung im Jahre 1915 muß das gleiche schon nach § 383 RVO. gelten. Somit rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

B. Zur Unfallversicherung.

Bei Krankenhauspflege ist der Krankenkasse nach §§ 573, 576 RVO. nur der Unfallzuschuß zum Hausgeld zu ersetzen.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. April 1916 (2226 Amtl. Nachr. 1916 S. 579).

Auszugehen ist von der Vorschrift des § 576 RVO. Danach (Abs. 1 Satz 1 des § 576) ist der Krankenkasse zu ersetzen, was sie nach § 573 dem Verletzten über die Pflicht hinaus, die sie sonst nach Gesetz oder Satzung hat, gewähren muß. Bei Geltendmachung dieses Ersatzanspruchs ist im Einzelfall also festzustellen einerseits, was die Kasse auf Grund des § 573, weil die Krankheit Unfallfolge ist, tatsächlich aufgewendet hat, anderseits, was sie sonst, d. h. beim Vorliegen einer nicht auf einen Unfall zurückzuführenden Erkrankung nach dem Gesetze, dem Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung, oder nach der Kassensatzung, insbesondere auch an Mehrleistungen, zu gewähren haben würde. Ergibt die Vergleichung dieser Leistungen, daß die Kasse gerade deshalb, weil die Erkrankung Unfallfolge ist, erhöhte Aufwendungen machen mußte, so kann sie Ersatz wegen des Mehrbetrags von der Berufsgenossenschaft oder dem Unternehmer, den in dieser Hinsicht nach Maßgabe des § 576 endgültig Verpflichteten, verlangen. In der Regel, wenn der gegen Krankheit versicherte Verletzte, wie hier, überhaupt Anspruch auf Krankenhilfe gegen die Kasse hatte, besteht der hiernach zu erstattende Mehrbetrag lediglich in dem sogenannten Unfallzuschusse, d. h. dem Betrag um den sich nach § 573 (§ 575) das regelmäßig nach der Satzung zu zahlende Krankengeld oder das Hausgeld erhöhen kann. Der Unfallzuschuß beträgt bei Kassen, die, wie die Klägerin, nur die Regelleistungen an Krankenhilfe (§ 179 Abs. 1) gewähren, beim Krankengeld $^1/_6$ (Unterschied von

½ und ⅔), beim Hausgelde die Hälfte dieses Betrags, also $1/12$ (Unterschied zwischen ¼ und ⅓) des Grundlohns (zu vgl. wegen des Hausgeldes die Entsch. 1993, Amtl. Nachr. 1915 S. 435). Neben der Krankenhauspflege haben die Kassen, abgesehen von dem erhöhten Hausgelde, nach § 573 RVO. keinen besonderen Unfallzuschuß zu leisten. Die Ersatzforderung der Klägerin beschränkt sich deshalb auf den Mehrbetrag an Krankengeld und Hausgeld, den sie auf Grund des § 573 vom Beginne der fünften Woche nach dem Unfall bis zum Ablauf der dreizehnten an den Verletzten gezahlt hat. Diese erhöhten Baraufwendungen hat die Berufsgenossenschaft der Kasse erstattet. Weiteres ist nicht zu ersetzen. Insbesondere ist für die Aufwendungen an Krankenhauspflege als solche, abgesehen also von dem Mehrbetrag an Hausgeld, kein Ersatz zu leisten. Denn Krankenhauspflege wird den gegen Krankheit versicherten Verletzten, die Anspruch auf Krankenhilfe haben, als Ersatzleistung für Krankenpflege und Krankengeld (§ 182) nach § 184 gewährt. Es handelt sich hierbei also nicht um eine Mehraufwendung im Sinne des § 576, d. h. eine Leistung, die nur auf Grund des § 573 bei Unfallerkrankungen gewährt wird. Die Krankenhauspflege gehört auch nicht etwa deshalb zu den nach § 576 über die sonstigen Pflichten der Krankenkassen hinausgehenden Leistungen, weil eine Verpflichtung zur Gewährung der Krankenhauspflege wenigstens in dem Sinne nicht besteht, daß der Verletzte einen eigentlichen, im Spruchverfahren verfolgbaren Anspruch auf diese Leistung hätte; denn ein solches Recht hat ein Erkrankter in gleicher Weise auch bei den nicht durch einen Unfall verursachten Krankheiten nicht (zu vgl. Revisionsentsch. 1935 und 2191, Amtl. Nachr. 1914 S. 818, 1916 S. 478). Ob und in welchem Umfang eine Kasse für Krankenhauspflege Ersatz beanspruchen kann, wenn der gegen Krankheit versicherte Verletzte keinen Anspruch auf Krankenhilfe hat (§ 576 Abs. 2), kann hier unerörtert bleiben, da dem Verletzten im vorliegenden Falle dieser Anspruch zustand.

Billigkeitserwägungen, insbesondere die Rücksicht auf die den Krankenkassen durch die Krankenhausbehandlung erfahrungsgemäß erwachsenden Mehrkosten, genügen nicht, um einen weitergehenden Ersatzanspruch nach § 576 zu begründen. Die in dieser Hinsicht von dem Versicherungsamte gemachten Ausführungen sind übrigens nur zum Teil zutreffend. Es mag zwar sein, daß eine höhere Bemessung des Ersatzes in einzelnen Fällen dazu führen könnte, die Krankenkassen zu besonders weitgehender Gewährung der Krankenhauspflege an Unfallverletzte zu veranlassen; es darf aber andererseits nach den bisherigen Erfahrungen erwartet werden, daß die Krankenkassen auch ohnedies bei Leistung der Krankenhauspflege nach den im § 184 Abs. 3 und 4 gegebenen Richtlinien verfahren, insbesondere diese Pflege dann gewähren, wenn sie nach dem Zustand des Verletzten zur schnellen und zweckmäßigen Beseitigung der Unfallfolgen erforderlich ist. Dabei ist insbesondere zu beachten, daß nach dem Gesetz während des ersten Vierteljahrs nach dem Unfall die Kassen Träger der Fürsorge sind. Sie haben also selbst ein erhebliches Interesse an der baldigen Heilung des Verletzten; um auch die Dauer ihrer Leistungspflicht möglichst herabzusetzen, mag diese Förderung mittelbar auch den Berufsgenossenschaften zugute kommen. Namentlich darf auch die den Berufsgenossenschaften gegebene Befugnis, schon vor Ablauf der Leistungszeit der Krankenkassen ihrerseits die Fürsorge für den Verletzten zu übernehmen, die Krankenkassen nicht veranlassen, Unfallverletzte bei Gewährung der Krankenhilfe ungünstiger zu stellen als sonstige Erkrankte.

Uebertragung einer Rente (§ 119 RVO) zur Ermöglichung einer unzulässigen Kapitalabfindung (§ 616) ist unzulässig.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 12. September 1916.

Gegen die ablehnende Entscheidung des Oberversicherungsamts hat der Rentenbezieher weitere Beschwerde eingelegt und beantragt, die Uebertragung seines Rentenanspruchs von der Berufsgenossenschaft auf die Gesellschaft für Straßenbahnen in S. zu genehmigen. Die Berufsgenossenschaft hat sich dahin geäußert, daß sie Einwendungen gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts und ihre Begründung nicht zu machen habe. — Das Reichsversicherungsamt hat die weitere Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Das Reichsversicherungsamt ist der Vorentscheidung beigetreten, da sie die Sach- und Rechtslage zutreffend würdigt. Der Beschwerdeführer will durch die Uebertragung eine Kapitalabfindung an Stelle der Rente erreichen. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen aber nur sogenannte kleine Renten im Betrage von höchstens einem Fünftel der Vollrente durch einmalige Kapitalzahlung abgefunden werden. Im übrigen soll dem Verletzten durch die laufende Rentenzahlung ein sicherer wirtschaftlicher Rückhalt für den durch den Unfall verlorenen Teil seiner Erwerbsfähigkeit geboten werden, was bei einer einmaligen Kapitalzahlung in Frage gestellt ist. Da es sich im vorliegenden Falle um eine Rente von 50 Prozent der Vollrente handelt, ist sie nicht abfindungsfähig und das Versicherungsamt hat daher mit Recht der Uebertragung des Anspruchs auf die Straßenbahngesellschaft lediglich zum Zwecke der Abfindung die Genehmigung versagt.

Vereinbarung zwischen Kassen und Genossenschaften über Ersatzleistungen aus § 1513 RVO. — Streit im Spruchverfahren zu entscheiden

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 18. April 1916 (2228 Amtl. Nachr. 1916 S. 582).

Das Reichsversicherungsamt hat mehrfach anerkannt, daß auch auf dem Gebiete der sozialen Versicherung die Parteien grundsätzlich berechtigt sind, im Einzelfalle bestehende Streitigkeiten über den Umfang von Entschädigungsansprüchen und dgl. durch Vereinbarungen oder Vergleiche beizulegen (zu vgl. u. a. die Rek.Entsch. 1179, Amtl. Nachr. 1892 S. 329, ferner das Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 5. August 1892, betreffend die Zulässigkeit von Vergleichen über Invaliden- und Altersrenten, Amtl. Nachr. S. 106). Auch außerhalb eines Verfahrens sind Vergleiche zulässig (zu vgl. Hanow, Kommentar, Anm. 5f zu § 30 RVO. Die gleichen Grundsätze werden für den Verkehr der Versicherungsträger untereinander bei Geltendmachung von Ersatzansprüchen anzuwenden sein, wobei auch zu beachten ist, daß Rechtsansprüche der Versicherten hierbei im allgemeinen nicht in Frage kommen. Zweifelhaft kann aber sein, ob die Versicherungsträger, auch abgesehen von einzelnen streitigen Ersatzansprüchen, berechtigt sind, ihre Beziehungen bei Geltendmachung solcher Ansprüche im voraus allgemein zu regeln. Diese Frage ist hier deshalb von Bedeutung, weil die Parteien dem zwischen dem Verbande der Deutschen Berufsgenossenschaften und den Krankenkassenverbänden geschlossenen Abkommen (Amtl. Nachr. 1913 S. 688) beigetreten sind und sich damit dessen Bestimmungen für die Regelung ihrer Beziehungen, insbesondere hinsichtlich der gegenseitigen Ersatzansprüche, unterworfen haben (§ 10 des Abkommens). Durch §§ 2 und 3 des Abkommens wird namentlich auch die Höhe des Ersatzanspruchs teilweise abweichend von der Vorschrift des § 1513 Abs. 2 Satz 2 RVO. geregelt. Der Senat hat eine derartige Regelung für zulässig erachtet; denn es kann trotz der Wortfassung der Vorschrift nicht angenommen werden, daß sie zwingendes Recht in dem Sinne sein sollte, daß allgemeine Vereinbarungen der Versicherungsträger auf diesem Gebiet ausgeschlossen seien. Dagegen spricht der mit Festsetzung von Pauschbeträgen vom Gesetzgeber verfolgte Zweck und auch die Entstehungsgeschichte der Vorschrift. Durch die Pauschbeträge (zu vgl. z. B. §§ 1503, 1506, 1507, 1513, 1533) sollten die ersatzberechtigten Versicherungsträger von dem oft schwer zu erbringenden Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen befreit und dafür Durchschnittssätze aufgestellt werden, nach denen der Ersatzanspruch in einfacher Weise berechnet werden kann (zu vgl. Begr. des Entwurfs der RVO. S. 452ff., 164, 165). Die Festsetzung dieser Pauschsumme dient also in erster Reihe der Erleichterung des Ersatzverfahrens. Dieser Zweckbestimmung steht es nicht entgegen, wenn die Versicherungsträger ihrerseits vereinbaren, im gegenseitigen Verkehre zur zweckmäßigen Verteilung ihrer Lasten an Stelle der gesetzlichen Pauschbeträge andere allgemeine Pauschbeträge anzuwenden, die in gleicher Weise eine einfache Abwicklung des Verkehrs ermöglichen. Auch bei den Kommissionsberatungen zu § 1513 (§ 1493 des Entw.) wurde als übereinstimmende Auffassung der Kommission festgestellt, daß derartige Vereinbarungen wegen der Uebernahme des Heilverfahrens gesetzlich jederzeit zulässig sind, daß aber durch solche Vereinbarungen die Rechte der Verletzten gegenüber den Krankenkassen und ihr Anspruch auf sofortige Einleitung einer Heilbehandlung nicht berührt werden sollen (Kommissionsber. V S. 13). Da das mehrerwähnte Abkommen gerade dazu dienen soll, die Heilbehandlung der Unfallverletzten möglichst wirksam zu gestalten, sind auch aus diesem letzteren Gesichtspunkte Bedenken gegen seine Zulässigkeit nicht herzuleiten. In der Literatur wird die Zulässigkeit derartiger allgemeiner Vereinbarungen ebenfalls grundsätzlich anerkannt (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3e zu § 222 RVO.).

Zu prüfen war ferner, ob über streitige Ersatzansprüche im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung zu entscheiden ist, wenn bei diesem Anlaß über die Auslegung der Bestimmungen des Abkommens Streit entstanden ist. Auch diese Frage hat der Senat, im Gegensatze zu der Ansicht des Oberversicherungsamts, bejaht. Nach § 1515 Abs. 2 ist bei Streit über Ersatzansprüche nach § 1513 im Spruchverfahren zu entscheiden. Um einen solchen Streit handelt es sich. Denn der Ersatzanspruch nach § 1513 wird seiner Rechtsnatur nicht dadurch entkleidet, daß wegen seiner Geltendmachung und Höhe im voraus vergleichsartige Vereinbarungen zwischen den beteiligten Versicherungsträgern getroffen worden sind. Der Rechtsweg vor den bürgerlichen Gerichten ist deshalb trotz der unter den Parteien bestehenden vertraglichen Beziehungen für Ersatzansprüche nach § 1513 nicht zulässig (zu vgl. auch Hahn a. a. O. Anmerkung 2 a. E. zu § 224).

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 1237 RVO. wegen Bezugs einer Militärrente?

Entsch. des **Versicherungsamts der Stadt Kiel** vom 15. September 1916 (G. III. 1400).

Der Antragsteller bezieht als Kriegsbeschädigter wegen Versteifung des linken Fußgelenks mit Spitz- und Klumpfußstellung auf Grund der §§ 9, 14 des Mannschaftsversorgungsgesetzes vom 31. Mai 1906 gemäß einer Erwerbsbeschränkung von 40 Prozent vom 1. August 1916 an eine Militärrente von 33 M monatlich, die sich aus 18 M Stammrente und 15 M Kriegszulage zusammensetzt; Nachprüfung der Rente erfolgt nach dem Rentenbescheide im Jahre 1917. Seit dem 28. Juli d. J. wird er auf der Kaiserlichen Werft in Kiel als Bureauangestellter auf Privatdienstvertrag beschäftigt gegen einen Monatslohn von 110 M. Nach den Rentenakten beabsichtigt er Verwaltungssekretär zu werden; in den Heeresdienst war er nach bestandener Reifeprüfung als Kriegsfreiwilliger eingetreten; er ist unverheiratet. Auf Grund seiner Militärrente hat er beim Versicherungsamt Befreiung von der Invalidenversicherungspflicht beantragt. Das Versicherungsamt hat bei der Kaiserlichen Werft angefragt, ob die jetzige Beschäftigung des Antragstellers nach den dort bestehenden Verwaltungsgrundsätzen den allgemein üblichen Uebergang zu einer Anstellung mit rechtlich gewährleisteter Ruhegehaltsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung bilde, so daß er damit rechnen könne, in absehbarer Zeit eine solche Stelle zu erhalten. Die Kaiserliche Werft hat die Frage dahin beantwortet, daß mit seiner Beschäftigung als Bureauangestellter Ruhegehaltsberechtigung nicht verbunden sei.

Hierauf hat das Versicherungsamt den Befreiungsantrag abgelehnt aus folgenden Gründen:

Nach § 1237 RVO. wird auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit, wem von dem Reiche .... Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage der Invalidenrente nach der 1. Lohnklasse bewilligt sind und daneben Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet ist. Ueber den Antrag entscheidet nach § 1240 RVO. der Beschlußausschuß des Versicherungsamts, jedoch ist Vorentscheidung zulässig gemäß § 1657 RVO. in Verbindung mit § 60 Verordnung vom 24. Dezember 1911 (Grunds. Entsch. 1915 Amtl. Nachr. 1914 S. 741), und zwar ohne daß es einer Anhörung der übrigen Beteiligten — der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein und der Kaiserlichen Werft als Arbeitgeberin — bedurfte. Die Grunds. Entsch. 1710 Amtl. Nachr. 1913 S. 483, die eine solche Anhörung verlangt, betrifft ein Verfahren nach § 1459 RVO., in dem für eine Vorentscheidung kein Raum ist, weil von vornherein der Vorsitzende allein entscheidet (Grunds. Entsch. 2242 Amtl. Nachr. 1916 S. 599); im Gegenteil konnte es sogar zweifelhaft sein, ob nach Anhörung der Beteiligten überhaupt noch eine Vorentscheidung zulässig sein würde, was das Reichsversicherungsamt (Grunds. Entsch. 1884 Amtl. Nachr. 1914 S. 651) freilich mit Recht bejaht.

In der Sache selbst entfällt das eine Erfordernis, die Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge deswegen, weil der Antragsteller ledig ist (vgl. Bescheid des RVA. vom 11. April 1912, Arb.Vers. 1912 S. 327). Zur Frage steht nur, ob seine Militärrente, deren Höhe den Mindestbetrag der Invalidenrente weit übersteigt, Ruhegeld oder ruhegeldähnlicher Bezug im Sinne des § 1237 RVO. ist. Diese Frage ist zu verneinen, da der Fortbestand der Rente nach Grund und Betrag von dem jeweiligen Masse der Einbusse an Erwerbsfähigkeit abhängig ist. Fällt diese Einbusse weg oder sinkt sie auf weniger als 10 Prozent, so entfällt damit die Stammrente und mit dieser auch die — solange die Stammrente überhaupt gezahlt wird, in unverminderter Höhe fortgezahlte — Kriegszulage. Eine Gewähr für dauernden Bezug der Rente besteht mithin rechtlich nicht; ob sie tatsächlich im Einzelfall durch die Art der Beschädigung gegeben ist, ist hier nicht zu prüfen, da die Eigenart des Einzelfalls nicht die grundsätzliche Beurteilung der Militärrente (als einer nicht von vornherein auf Dauer, sondern nach Maßgabe des jeweiligen Zustandes, wie die Unfallrenten der Reichsversicherung, bewilligten Rente) ändern kann. Die Gewähr dauernden Bezuges ist aber Erfordernis, wenn ein Bezug als Ruhegeld oder ruhegeldähnlich anerkannt werden soll. Mithin ist die Voraussetzung für die Befreiung hier nicht gegeben. Im einzelnen sei auf die eingehende Erörterung der vorliegenden Rechtsfrage durch den unterzeichneten Vorsitzenden im Septemberheft des laufenden Jahrgangs der „Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung“ Sp. 536 ff. verwiesen.

Nach Lage der Sache kam in Frage, ob etwa bereits kraft Gesetzes Versicherungsfreiheit gemäß § 1234 RVO. vorläge. Nach der Auskunft der Kaiserlichen Werft, die freilich der Anfrage des Versicherungsamts nicht genau entspricht, ist das nicht anzunehmen. Selbst wenn es aber zuträfe, müßte dann doch der Befreiungsantrag deswegen abgelehnt werden, weil dann für eine Befreiung kein Raum wäre.

Oertliche Zuständigkeit des Versicherungsamts für das Rentenentziehungsverfahren (§ 1626 Abs. 2 RVO).

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 11. August 1916.

Auf Grund des § 1640 Abs. 2 RVO. hat das Reichsversicherungsamt entschieden, daß zur Erörterung und Begutachtung in dem Verfahren zur Entziehung der dem kriegsbeschädigten Reservisten Alfred L. — früher städtischer Arbeiter in Walsrode — zur Zeit in Metz beim Ballonabwehrkanonenzug Nr. 51⁰, gewährten Krankenrente das Versicherungsamt der Stadt Metz zuständig ist. — Gründe:

Nach § 1626 Abs. 2 RVO. gelten bei der Rentenentziehung für die Zuständigkeit des Versicherungsamts die §§ 1637 bis 1640 a. a. O. entsprechend. Nach § 1637 a. a. O. ist das Versicherungsamt zuständig, in dessen Bezirke der Versicherte zur Zeit des Antrags wohnt oder beschäftigt ist. Die entsprechende Anwendung dieser Vorschrift auf das Rentenentziehungsverfahren ergibt die Zuständigkeit desjenigen Versicherungsamts, in dessen Bezirke der Rentenempfänger zur Zeit der Einleitung des Entziehungsverfahrens wohnt oder beschäftigt ist. Dem steht auch der Umstand nicht entgegen, daß nach dem Bescheide 1634 (Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 914) diejenige Versicherungsanstalt, welche die Rente bewilligt hat, auch zu ihrer Entziehung zuständig ist.

L. befindet sich anscheinend bereits seit Ende Dezember 1915 oder Anfang Januar 1916 dauernd in Metz. Sein Aufenthalt dortselbst ist also nicht nur zufällig und bloß vorübergehend. Der Begriff des Wohnens nach § 1637 RVO. ist somit für Metz erfüllt (Bescheid 1617 und Entscheidung 1755, Amtl. Nachr. 1912 S. 874 und 1913 S. 677). Hiernach ist für die Erörterung und Begutachtung der Rentenentziehung die Zuständigkeit des Versicherungsamts der Stadt Metz gegeben.

Diese Entscheidung widerspricht nicht der auf dem Gebiete der Unfallversicherung ergangenen Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 30. November 1915 — I 8805 —. In dem dort entschiedenen Falle handelte es sich bei dem Verweilen des Versicherten am letzten inländischen Truppenstandort, der für die Zuständigkeit des Versicherungsamts nicht als maßgebend angesehen wurde, nur um einen kürzeren Aufenthalt.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges.

Vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097).*)

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. Aug. 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Personen, die vor dem gegenwärtigen Kriege eine an sich nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte versicherungspflichtige Tätigkeit nicht ausgeübt haben und auch nach Beendigung des Krieges voraussichtlich nicht ausüben werden, sind hinsichtlich einer nur für die Dauer des Kriegszustandes angenommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte.

Sind jedoch für die Dauer der an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung Beiträge zur Angestelltenversicherung entrichtet, so dürfen die Leistungen der Angestelltenversicherung nicht aus dem Grunde abgelehnt werden, daß die Beiträge zu Unrecht entrichtet seien.

§ 2. Die Wirkung des § 1 Abs. 1 dieser Verordnung tritt nicht ein, wenn der Beschäftigte binnen einem Monat nach Inkrafttreten dieser Verordnung oder bei späterem Beginne des Beschäftigungsverhältnisses binnen einem Monat von diesem Zeitpunkt an seinen entgegenstehenden Willen gegenüber dem Direktorium oder einem anderen Organe der Reichsversicherungsanstalt erklärt. Diese Willenserklärung wirkt jedoch nicht auf die Zeit vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung zurück.

Ersatzkassenmitglieder haben die Willenserklärung innerhalb der Frist bei der Ersatzkasse abzugeben.

§ 3. Streitigkeiten über die Versicherungspflicht, über welche das Verfahren am Tage des Inkrafttretens dieser Verordnung schwebt, werden nach den Bestimmungen dieser Verordnung entschieden.

Ist vor dem Tage des Inkrafttretens dieser Verordnung die Versicherungspflicht einer nach dieser Verordnung versicherungsfreien Person durch rechtskräftige Entscheidung festgestellt worden, so wird diese Feststellung auf Antrag des Versicherten aufgehoben und eine neue Entscheidung erlassen. Der Antrag ist binnen drei Monaten nach Inkrafttreten dieser Verordnung bei der Stelle einzulegen, welche die rechtskräftige Entscheidung erlassen hat. Diese Stelle hat auch die neue Entscheidung zu erlassen. Für das Verfahren gelten die §§ 210ff. des Versicherungsgesetzes für Angestellte entsprechend.

§ 4. Diese Verordnung tritt mit dem Tage ihrer Verkündung und mit Wirkung von Kriegsbeginn an in Kraft.

*) Reichs-Gesetzblatt Nr. 220, ausgegeben zu Berlin den 2. Oktober 1916.

Zur Frage der Versicherungspflicht der Unterrichtsassistenten an einer Hochschule.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 11. Februar 1916 (P. 181/15).

Der Annahme des Rentenausschusses, daß Dr. B. als ein Angestellter in höherer Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu gelten habe, kann nicht beigetreten werden. Das Versicherungsgesetz für Angestellte geht allerdings bewußt und absichtlich weiter als die Reichsversicherungsordnung und unterwirft auch diejenigen höheren Angestellten der Versicherungspflicht, deren Stellung über die der Betriebsbeamten und Werkmeister hinausgeht, namentlich auch Angestellte mit Hochschulbildung. Anderseits sollten nach der Entstehungsgeschichte des Versicherungsgesetzes für Angestellte diejenigen Personen von der Versicherung frei bleiben, welche nach der Art ihrer Stellung nicht zu ausführender, sondern zu selbständiger wissenschaftlicher oder gleichwertiger Tätigkeit berufen sind und regelmäßig sich eine akademische Vorbildung erworben haben. Aus diesem Grunde wird man auch Assistenten an Universitäten, die neben ihrer Lehrtätigkeit noch ausreichende Zeit und Gelegenheit zu freier wissenschaftlicher Arbeit und Forschung haben, aus dem Kreise der Angestellten ausscheiden müssen. Sie unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht wesentlich von den Hochschullehrern im engeren Sinne. Letztere nehmen freilich eine noch freiere Stellung als die Assistenten ein, da sie auch ihre Lehrtätigkeit ausüben können, ohne der Leitung und Aufsicht eines anderen Mitgliedes des akademischen Lehrkörpers unterworfen zu sein. Die Assistenten können sich aber, mögen sie auch bei der Unterweisung der Studierenden mehr oder weniger der Ueberwachung durch einen Hochschullehrer unterliegen, auf wissenschaftlichem Gebiete ebenso frei und ausgiebig betätigen, wie die übrigen akademischen Lehrkräfte. Insofern unterscheiden sie sich wesentlich von den akademisch gebildeten Personen, die bei industriellen kaufmännischen und sonstigen Instituten als Chemiker, Techniker, Justitiare u. dgl. angestellt und verpflichtet sind, ihre ganze Zeit und Arbeitskraft diesem Unternehmen zu widmen. Deshalb deckt sich auch die vom Oberschiedsgericht in seinem Beschlusse vom 3. September 1915 entschiedene Sache des Diplomingenieurs Dr. M. — P. 47/15 (AVN. 1915 S. 210 Nr. 57) nicht mit der gegenwärtig zu entscheidenden Frage der Versicherungspflicht des Dr. B. Dr. M. befand sich als Assistent in einem Verhältnis wirtschaftlicher und persönlicher Abhängigkeit zu der Königlich Mechanisch-Technischen Versuchsanstalt in D. Er hatte alle ihm von der Versuchsanstalt übertragenen Arbeiten vorzunehmen und übte keine Lehrtätigkeit aus. Wer aber, wie Dr. B., in umfassender Weise sich rein wissenschaftlich betätigen kann und soll, um dadurch nicht nur die Wissenschaft auf dem von ihm gepflegten Spezialgebiete zu fördern, sondern auch seine Lehrtätigkeit fruchtbringender zu gestalten, ist losgelöst von den Fesseln eines Angestelltenverhältnisses im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte. Mit Recht hat deshalb der preußische Minister der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten in seinem Erlasse vom 28. Dezember 1912 — A Nr. 2128 — außer den eigentlichen Hochschullehrern auch die Assistenten an den Universitätsinstituten als nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte bezeichnet. Freilich muß dazu einschränkend bemerkt werden, daß nur solche Assistenten versicherungsfrei sind, die wie Dr. B. Zeit und Gelegenheit zu eigener Forschung und wissenschaftlicher freier Weiterarbeit haben. Kann aber hiernach Dr. B. nicht als Angestellter im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gelten, so kann er auch nicht als Lehrer gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 5 a. a. O. in Frage kommen, da auch hier ein Angestelltenverhältnis notwendige Voraussetzung der Versicherungspflicht ist.

Die Entsch. 1317 des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1907 S. 479), wonach Honorarassistenten an technischen Hochschulen als nicht versicherungspflichtig erklärt werden, kann für den vorliegenden Fall nicht verwertet werden, da auf dem in Rede stehenden Gebiete der höheren Angestellten mit akademischer Vorbildung und wissenschaftlicher Betätigung nach der Reichsversicherungsordnung andere Grundsätze in Betracht kommen als nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Hiernach war unter Aufhebung der Vorentscheidung auszusprechen, daß Dr. B. nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte ist.

Tochter eines Postagenten, als dessen ständige Vertreterin, versicherungspflichtig. Begriff des Hauptberufs.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 23. Februar 1916 (B 111/15).

A. K. ist seit dem 19. Dezember 1914 Postagentin in W. Sie ist von diesem Zeitpunkt an unstreitig versicherungspflichtig nach dem Angestelltenversicherungsgesetz. Streitig ist, ob sie auch in der Zeit vom 1. Januar 1914 bis zum 18. Dezember 1914, in der sie ständige Vertreterin des Postagenten, ihres Vaters, war und wegen dessen Krankheit den gesamten Dienst bei der

Postagentur in W. an Hand der vom Reichspostamt herausgegebenen Dienstanweisung für Postagenturen versah, dem Versicherungszwang nach dem Angestelltenversicherungsgesetz unterlag.

A. K. ist mit Genehmigung der Oberpostdirektion K. als Vertreterin des Postagenten angenommen und bei der Annahme durch Handschlag zur Amtsverschwiegenheit und zur treuen Erfüllung ihrer Obliegenheiten verpflichtet worden. Die von dem Postagenten werktäglich einzuhaltenden Dienststunden setzen sich aus dem Schalterdienst von 8 bis 11 Uhr vormittags und 3 bis 6 Uhr nachmittags und der Telegraphendienstbereitschaft von 7 bis 7½ Uhr vormittags, 12 bis 1 Uhr nachmittags und 2 bis 2[10] nachmittags zusammen. In der Regel wird der Postagent oder sein Vertreter jedoch nur etwa 2½ Stunden vom Postdienst werktäglich in Anspruch genommen, nämlich durch die Abfertigung der Posten und des Bestellpersonals in der Zeit von 7 bis 7½ Uhr vormittags und von 3 bis 5 Uhr nachmittags, im übrigen braucht er sich nur zur Verrichtung von Dienstgeschäften bereit zu halten. Nach Angabe der Angestellten A. K. verwandte sie in der streitigen Zeit auf den gesamten Postdienst im Durchschnitt vier Stunden des Tages. In den übrigen Stunden des Tages führte sie an Stelle ihrer verstorbenen Mutter den Haushalt ihres kranken Vaters und pflegte diesen. Mit diesen Dienstleistungen genügte sie ihrer Pflicht als Tochter, in einem Dienst- oder Anstellungsverhältnis zu ihrem Vater stand sie nicht. A. K. bezog als Vergütung für ihre Tätigkeit als Postagenten-Vertreterin 300 ℳ von den etwa 850 ℳ, die ihr Vater als Postagent erhielt; ihr Vater gewährte ihr den Unterhalt.

Daß die Tätigkeit der A. K. als Vertreterin des Postagenten ihrer Natur nach auf Grund des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes versicherungspflichtig ist, und daß sie in dieser Tätigkeit als Angestellte der Oberpostdirektion K. zu betrachten ist, unterliegt keinem Zweifel und wird von keiner Seite bestritten. Bestritten wird nur, daß A. K. in der streitigen Zeit die Postagentengeschäfte im Hauptberuf versah und damit alle Voraussetzungen für ihre Versicherungspflicht auf Grund des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes gegeben waren. Die Oberpostdirektion und A. K. sind der Ansicht, daß die Führung des Haushalts, die als selbständige Tätigkeit versicherungsfrei war, als Hauptberuf in der streitigen Zeit zu gelten hat. Dieser Auffassung ist der Rentenausschuß nicht beigetreten.

Aus dem Wort Hauptberuf bezw. seiner Zusammensetzung ergibt sich, daß einmal die Beschäftigung, um deren Versicherungspflicht es sich handelt, den Beruf des Angestellten bilden, daß sie also berufsmäßig ausgeübt werden muß, und zweitens, daß sie so geartet sein muß, daß sie nicht nur einen Nebenberuf des Angestellten ausmacht, sondern entweder seinen alleinigen Beruf bildet oder bei Zusammentreffen anderer berufsmäßiger Tätigkeiten, eine so hervorragende Rolle spielt, daß die anderen Tätigkeiten zum Nebenberuf werden.

A. K. hat in der streitigen Zeit als einzige berufliche Tätigkeit die Beschäftigung als Postagenten-Vertreterin ausgeübt. Diese Tätigkeit verrichtete sie nicht etwa als Liebhaberei oder um sich ein Taschengeld zu verdienen, sondern mit der Absicht, sie zu ihrer Lebensaufgabe zu machen. Dafür spricht, daß sie später an Stelle ihres Vaters Postagentin geworden ist. Wenn sie daneben den Haushalt ihres Vaters führte und ihren leidenden Vater pflegte, so übte sie damit keinen Beruf aus, sondern verrichtete diese Dienste auf Grund ihres familienrechtlichen Verhältnisses, solange sie zuhause war; sie war zu diesen Diensten auch rechtlich verpflichtet, ihre Lebensaufgabe erfüllte sie mit ihnen aber nicht.

Hiernach war in der streitigen Zeit die Tätigkeit der Angestellten A. K. als Postagenten-Vertreterin ihre alleinige berufliche Tätigkeit. Diese Tätigkeit hat deshalb als ihr Hauptberuf zu gelten.

Sprechsaal.

Zur beitragsfreien Anrechnung der Kriegsdienstzeit in der Invalidenversicherung.

Es ist der Zweifel aufgetaucht, ob die Bekanntmachung des Reichskanzlers v. 23. Dezember 1915 über Anrechnung von Militärdienstzeiten und Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (ArbVers. 1916 Heft 2 S. 39) auch auf die Fälle Anwendung finde, in denen die Anwartschaft erloschen war, alsdann von der Vergünstigung des § 1283 RVO. Gebrauch gemacht wurde, die Einberufung aber vor Ablauf der dort erwähnten 200 Wochen erfolgte. Das Bedenken wird daraus hergeleitet, daß die Bekanntmachung des Reichskanzlers das Bestehen der Anwartschaft voraussetze und nur von einer Beitragsnachentrichtung spreche.

Dieser Zweifel ist wohl nur aus einer unrichtigen Auffassung des Begriffs der „Anwartschaft" entstanden. Unter Anwartschaft wird die durch Verwendung gültiger Marken begründete Aussicht auf die Leistungen der Invalidenversicherung verstanden, wenn die sonstigen Voraussetzungen, Erfüllung der Wartezeit und Invalidität, gegeben sind. Eine Anwartschaft entsteht also schon durch

die Verwendung einer einzigen gültigen Marke. Wenn daher nach dem Erlöschen einer Anwartschaft durch Verwendung von Marken im Rahmen des § 1283 RVO. ein neues Versicherungsverhältnis begründet und damit eine neue Anwartschaft eröffnet ist, so wird die Zeit der Kriegsdienstleistung dem Versicherten als Beitragsleistung nach der Bek. vom 23. Dezember 1915 angerechnet. Es ist keineswegs erforderlich, daß etwa schon 200 Marken in einer noch aufrecht erhaltenen Anwartschaft nachgewiesen werden.

Da die Kriegsdienstleistung nur in der 2. Lohnklasse angerechnet wird, kann der Versicherte durch freiwillige Verwendung höherer Marken während der Zeit der Kriegsdienstleistung eine Erhöhung der späteren Leistungen der Invalidenversicherung herbeiführen. —

Hiernach halte ich die in Heft 24 der ArbVers. S. 574 Ziff. 1 nach Karlsruhe erteilte Auskunft nicht für zutreffend. Es wird darin verwechselt die alte — erloschene — Anwartschaft und die durch Verwendung gültiger Marken neu eröffnete Anwartschaft. Die Worte in § 1283 „die Anwartschaft lebt wieder auf . . .“ beziehe sich auf die alte erloschene Anwartschaft (vgl. Düttmann, Kommentar Bd. IV Anm. 2 zu § 1283). Wäre jene Auffassung richtig, so würde sich folgendes ergeben: Wenn jemand nach Erlöschen einer früheren Anwartschaft infolge Eintritts in versicherungpflichtige Beschäftigung vor Beginn der Kriegsdienstleistung 199 Marken beigebracht hat, würde ihm nach jener Ansicht die Militärzeit nicht gerechnet werden dürfen, weil die — alte Anwartschaft noch erloschen ist — es sind ja noch nicht 200 Marken verwendet. Hätte derselbe Soldat überhaupt nur 199 Beiträge geleistet, ohne daß früher eine Anwartschaft erloschen war, so würde der Verfasser der Auskunft die Militärdienstzeit unbedenklich anrechnen. Diese Folge beweist schon, daß die Auffassung unrichtig ist. Die von mir vertretene Ansicht wird auch von Seelmann geteilt (Sammlung von Einzeldarstellungen des Reichsversicherungsrechts Heft 3 Anm. 6 zu § 1).

In dem Karlsruher Fall ist übrigens die Anrechnung der Militärdienstzeit aus einem anderen Grunde ausgeschlossen. Voraussetzung der Anrechnung ist, daß vor Beginn der Dienstzeit ein gültiges Versicherungsverhältnis vorliegt, aus dem die Anwartschaft nicht erloschen ist. Es muß also mindestens eine Marke verwendet oder die nachträgliche freiwillige Verwendung gemäß § 1443 RVO. oder der Bek. vom 23. Dezember 1915 zulässig sein. (Vgl. Seelmann a. a. O. Anm. 5 zu § 1.) Wenn die Voraussetzungen des § 1283 gegeben sind, kann zwar die Erneuerung des Versicherungsverhältnisses durch freiwillige Markenentrichtung auch während der Militärzeit erfolgen. Die dadurch neu begründete Anwartschaft wird aber durch die Militärdienstzeit nicht geschützt; denn die Anrechnung der Militärzeit bezweckt eine zur Zeit des Beginns der Dienstzeit laufende Anwartschaft vor dem Erlöschen zu bewahren. Der Gesetzgeber fingiert, der Soldat würde ohne die militärische Dienstleistung auch während dieser Zeit Beiträge geleistet haben.

Landesrat Dr. Brunn.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Aerztliche Honorare in Groß-Berlin.

Nach einem Beschluß des Aerzteausschusses Groß-Berlin sollen als ärztliche Honorare berechnet werden: Für eine Konsultation in der Sprechstunde mindestens 3 ℳ, für einen Besuch im Hause des Kranken am Tage 4 ℳ sofern der Besuch sofort verlangt oder nach Schluß der Sprechstunde angemeldet wird 5 ℳ, für Konsultationen, und Besuche in der Nacht, d. h. von 9 Uhr abends bis 8 Uhr morgens mindestens das Doppelte, für Bemühungen, die in der ärztlichen GVO. besonders bewertet sind, eine entsprechende Erhöhung. Die Beträge für Nachtbesuche, Atteste und Totenscheine sind, wie bisher, sofort zu entrichten. Es soll aber jedem Arzte nach wie vor unbenommen bleiben, in Ausnahmefällen und bei Unbemittelten von obigen Sätzen abzuweichen.

Hierzu ist zu bemerken, daß dem Beschluß des Aerzteausschusses Groß-Berlin Bedeutung nur für die Fälle zukommen kann, in denen eine Vergütung vereinbart wird. Denn beim Mangel einer Vereinbarung gelten die Sätze der Gebührenordnung für die Aerzte, die bekanntlich vorschreibt, daß für nachweisbar Unbemittelte, für Armenverbände, für Krankenkassen usw. die niedrigsten Sätze zur Anwendung kommen und diese sind wesentlich geringer als die vorstehend bezeichneten. An dieser Rechtslage kann der Beschluß des Aerzteausschusses nichts ändern.

Anstellungsverhältnisse der Krankenkassen.

Die Beamten und Angestellten bayerischer Krankenkassen versammelten sich auf Einladung der zuständigen Berufsgruppe des Deutschen Angestelltenverbandes am 24. September l. Js. in München zu einer Beratung über die Mindestforderungen zur Verbesserung der Anstellungsverhältnisse bei den Krankenkassen. Im Sinne der Ausführungen der Berichterstatter und der anknüpfenden Aussprache nahm die gut besuchte Versammlung eine Entschließung an, in der eine dem verantwortungsvollen Dienste entsprechende angemessene Besoldung, die Einführung einer geordneten Dienstzeit, Beseitigungen der Sonntagsarbeit für den Bürodienst, Gewährung eines jährlichen Urlaubes, sowie die Pensionsversorgung durch Beitritt zum bayer. Versorgungsverband verlangt wird. Die Entschließung erachtet es nicht im Interesse der Kassen und einer geregelten Geschäftsführung liegend, wenn zwei Kassen von einem Geschäftsführer verwaltet oder die Hilfskräfte einer Kasse vom Geschäftsführer eingestellt und entlohnt werden oder wenn die Verwaltung der Kasse nur nebenamtlich geführt wird. Bei Verwendung von Kriegsbeschädigten soll die Entlohnung nach Leistungsfähigkeit erfolgen, die Militärpension außer Ansatz bleiben. Die Berufsgruppe der Kassenangestellten wurde beauftragt, für die Durchführung der berechtigten Wünsche und Mindestforderungen einzutreten.

Alkohol und Unfallgefahr.

Der Verwaltungsbericht der Süddeutschen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft für das Jahr 1915 enthält folgende bemerkenswerte Mitteilung: „Im übrigen hat die Beschäftigung von Frauen in den Fabriken für Heeresbedarf infolge der immer ausgedehnteren Einziehung militärdiensttauglicher Arbeiter im Berichtsjahr weiter zugenommen. Der Beamte der Sektion IV und V hat den Eindruck gewonnen, daß die Zahl der Unfälle von Arbeiterinnen trotz der zumeist ungewohnten Tätigkeit verhältnismäßig nicht groß ist, was er auf die Handfertigkeit der Frauen in mechanischen Arbeiten und ihre Enthaltsamkeit von geistigen Getränken zurückführt.“ In derselben Richtung wird es ohne Zweifel gedeutet werden dürfen, wenn an anderer Stelle des Berichts tatsachenmäßig festgestellt wird, daß, nachdem bereits im Jahre 1914 (erstes Kriegsjahr) gegenüber 1913 ein Rückgang von 2316 auf 1816 Unfälle (d. i. von 8,98 auf 8,29 für 1000 Versicherte) stattgefunden hatte, die erstmals entschädigten Unfälle im Jahre 1915 sowohl der Zahl nach, wie im Verhältnis zu den Versicherten einen weiteren erheblichen Rückgang aufweisen. „Die Tatsache dieses starken zweimaligen Rückgangs — so wird beigefügt — ist um so erfreulicher, als die Betriebe der Eisen- und Stahl-Industrie im abgelaufenen Jahre unter erschwerenden Umständen, insbesondere infolge der Ersetzung zahlreicher geschulter Arbeiter durch ungeschulte, meist jugendliche und weibliche Arbeiter geführt wurden.“ Gerade in diesem letzteren Umstand wird, so seltsam es zunächst klingen mag, bei der viel geringeren Beteiligung der Jugendlichen und der Frauen am Alkoholgenuß der Schlüssel zu dem Rückgang hauptsächlich mit zu suchen sein.

Kriegsernährung und Sterblichkeit.

Manch einer der Aengstlichen befürchtet als Folgen der Lebensmittelknappheit Unterernährung und Vermehrung der Sterbefälle; man kann sogar die Meinung äußern hören, daß diese Folgen schon eingetreten seien. Eine richtige Antwort auf solche Fragen kann aber nicht nach dem Gefühl, noch auf Grund persönlicher Einzelbeobachtungen, sondern nur mit Hilfe einer einwandfreien Statistik gegeben werden, wie sie die Monatsberichte des städtischen Statistischen Amtes in München ermöglichen. Zur Erlangung eines der Wahrheit entsprechenden Ergebnisses aus diesen Ziffern muß man die Militärpersonen ausscheiden, da diese anders verpflegt werden als die bürgerliche Bevölkerung, ebenso die Sterbefälle der Kinder im ersten Lebensjahre, da bei ihnen von Unterernährung im gewöhnlichen Sinne meistens keine Rede sein kann. Die Einwohnerzahl (vom zweiten Lebensjahre ab) dürfte infolge der Steigerung der Zahl der zum dauernden Aufenthalt gemeldeten Fremden (im ersten Kriegsjahre 29,295, im zweiten Kriegsjahre 33,836) eher eine Mehrung als eine Minderung erfahren haben. So berechnet beträgt die Zahl der Sterbefälle im ersten Kriegsjahre 7561, im zweiten Kriegsjahre 7619, was einer Mehrung von nur 0,7 Prozent entspricht. Sonach kann als statistisch erwiesen angesehen werden, daß die Zahl der Todesfälle nicht gestiegen ist. Nach Anschauung der Aerzte würde eine etwaige Unterernährung in doppelter Weise bei Erhöhung der Sterbefälle in die Erscheinung treten, nämlich bei gewissen Krankheiten und im höheren Lebensalter. Krankheiten, denen der unterernährte Mensch eher erliegt, sind alle Infektionskrankheiten. An diesen Krankheiten starben im ersten Kriegsjahre 1919, im zweiten Kriegsjahre 1970 Personen, also nur 2,6 Prozent mehr — von einer besonderen Mehrung der Sterbefälle bei diesen Krankheiten kann also ebenfalls nicht gesprochen werden. Etwas ungünstiger liegen die Verhältnisse bei Personen höheren Lebensalters: von Leuten über 50 Lebensjahren starben im ersten Kriegsjahre 4353, im zweiten Kriegsjahre 4515, also um 3,7 Prozent mehr, doch muß diese Steigerung nicht ohne weiteres als eine Folge der Unterernährung angesehen werden. Wenn man die Jahres- und Monatsdurchschnitte der zwei Kriegsjahre miteinander vergleicht, so ergeben sich bis jetzt noch keinerlei Anhaltspunkte zu der Befürchtung, daß die durch die lange Kriegsdauer und deren Begleiterscheinungen veränderte Ernährungsweise im allgemeinen zu einer Steigerung der Sterblichkeitsziffer geführt habe.

Die Krankenkassen im Dienste der Volksvermehrung.

überschreibt Martha Matuschke (Berlin) in der „Korrespondenz für Bevölkerungspolitik“ eine längere Ausführung, aus der wir folgenden beachtenswerten Vorschlag herausheben:

Allen erwerbstätigen Frauen, ob verheiratet oder nicht, müßte zum Bewußtsein gebracht werden, daß ihre Kassenzugehörigkeit ihnen ein Recht auf Wöchnerinnenunterstützung erwirbt, wenn sie Mutter werden; daß sie dieses Rechtes aber verlustig gehen, wenn sie der Kasse nicht bis zur Entbindung als Mitglied angehören. Hierauf und auf das Recht, beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung die Versicherung durch freiwillige Beitragsleistung fortzusetzen (§ 313 RVO.), müßten sie durch Merkblätter und Anschläge an geeigneten Stellen hingewiesen werden. Viele aber verlören den Anspruch auf Wochenhilfe, weil sie bei Aufgabe ihrer Beschäftigung nicht die Mittel haben, die Beiträge bis zur Entbindung weiter zu zahlen.

„Es muß eine Möglichkeit geben, auch diesen armen Frauen zu helfen, die oft trotz langjähriger Kassenzugehörigkeit keinen Anspruch auf Wöchnerinnenunterstützung haben, nur weil ihnen die Mittel fehlen, ihre Mitgliedschaft bis zu dem Tage aufrecht zu erhalten, an dem sie die Hilfe der Kasse am notwendigsten brauchen. Hier könnte das Reich oder die Gemeinde eingreifen.

Durch ein Reichsgesetz könnten die Krankenkassen verpflichtet werden, ihren weiblichen Mitgliedern auf Antrag die Beiträge zu stunden, wenn nachweislich laut ärztlichem Attest Schwangerschaft vorliegt und sie ihre Beschäftigung infolge ihres Zustandes aufgeben mußten. Bei der Auszahlung könnte dann dieser Betrag wieder abgezogen werden. Den Krankenkassen würden keine neuen Lasten erwachsen, sie würden nur in erhöhtem Maße ihre Pflicht im Dienste der Volksgesundheit erfüllen, ohne ihre eigenen Interessen zu gefährden. Denn trotz größerer Inanspruchnahme der Wöchnerinnenunterstützung würde durch bessere Gesundheit der Mütter, die nach Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit ja doch wieder Mitglieder der Krankenkasse werden, wohl sicher ein Ausgleich

geschaffen. Die Statistiken der Krankenkassen über die den Entbindungen folgenden Krankheiten, Unterleibsleiden usw., sowie über die hierfür aufgewendeten Kosten reden eine deutliche und eindringliche Sprache.

Die Gemeinde könnte helfend eingreifen, indem sie eine Stelle schafft, die ermächtigt ist, auf Antrag die Mittel zur Erwirkung der freiwilligen Mitgliedschaft vorzustrecken oder noch besser den Geschäftsgang der Kassenangelegenheit für die Antragstellerin selbst in die Hand zu nehmen. Die Gemeinde hätte dann die Garantie, ihre Darlehen wieder zurückzuerlangen, und die Gewißheit, daß die Unterstützung auch richtig und im Sinne gesunder Bevölkerungspolitik verwendet wird, was bei den jetzt dafür üblichen Armenunterstützungen nicht immer der Fall ist. Das ausübende Organ könnte der Armenvorsteher oder etwa auch ein Verein sein, der sich mit Mutter- und Säuglingsfürsorge befaßt. Die Mittel, die hierzu aufzuwenden sind, wären minimal im Vergleiche zu den großen Summen, die die Gemeinden jetzt für die Entbindung und den Unterhalt vor- und nachher in allen jenen zahllosen Fällen zu tragen haben, in denen niemand sich der betreffenden Frauen annimmt. . ."

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Versicherungspflicht der in einer Arbeiterbaracke mit der Verpflegung von kriegsgefangenen Arbeitern beschäftigten Personen.

1. Nach D. Frage: Unsere Firma beschäftigt 200 Kriegsgefangene. Die Verpflegung haben wir selbst übernommen, die Leute sind in einer auf dem Werk erbauten Baracke untergebracht. Die Küche ist einer Witwe übertragen, die monatlich 300 ℳ Lohn erhält, woraus sie 2 Gehilfinnen selbst bezahlen muß. Neben den 300 ℳ monatliches Gehalt erhält sie freie Beköstigung, jedoch keine Schlafstelle. Was sie den Gehilfinnen zahlt, die ebenfalls kostenfrei mitessen, ist nicht unsere Sache, wir kennen auch die Höhe der Entlohnung nicht. Die für die Küche nötigen Eßwaren (Gemüse, Kartoffeln, Fleisch usw.) liefert unser Werk. Die Frage ist nun die, ob die Frau kranken-, invaliden- und unfallversicherungspflichtig ist, was in den ersten beiden Fällen zutrifft, wenn sie als Arbeiterin zu betrachten sein würde. Ueber diesen Stand erhebt sie sich aber wohl, da sie mehr als Aufsichtsperson anzusehen ist. Dann tritt auch die Frage auf, ob solche Personen Beiträge zur Angestelltenversicherung zu zahlen haben und nach welcher Klasse eventuell Beiträge zu leisten sind. Die Frau hat vierwöchentliche Kündigung und Zahlung des Lohnes von 300 ℳ erfolgt monatlich.

Antwort: Die im Interesse des Werks auf dessen Gebiet betriebene Veranstaltung zur Beköstigung von Werksarbeitern ist eine Betriebseinrichtung (zu vgl. Handb. der Unf.Vers. Bd. I S. 114, 115, sowie Arb.Vers. 1911 S. 716). Die Frau ist also im Betriebe beschäftigt. Ebenso aber halten wir die beiden Gehilfinnen für im Betriebe beschäftigt. Sie stehen im mittelbaren Dienste des Betriebsunternehmers, der sich bewußt ist, daß jene Frau dieser Hilfskräfte zur Ausführung der ihr obliegenden Arbeiten bedarf, der ihr nur die Anstellung der Hilfspersonen überläßt und durch ihre Vermittlung in dem ihr ausgesetzten Monatsbetrage auch den Lohn für die Gehilfinnen zahlt (zu vgl. Ziff. 14 und 21 der Anleitung des RVA. vom 26. April 1912). Dies allein aber erhebt die Frau, die im wesentlichen doch nur die Dienste einer Köchin leistet, nicht über andere Arbeiterinnen, und der Umstand, daß die Gehilfinnen ihr nach ihren Weisungen zur Hand gehen müssen, gibt ihr keine gehobene Stellung von der Art, daß sie einer der in § 165 Abs. 1 Ziff. 2, § 1226 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. oder in § 1 Ziff. 2 AVG. bezeichneten Personenklassen zuzurechnen wäre. Sie ist daher, ebenso wie die beiden Gehilfinnen, ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Arbeitsverdienstes kranken-, invaliden- und unfallversicherungspflichtig, dagegen nicht angestelltenversicherungspflichtig. Für die Ermittlung der Lohnstufen ist zunächst festzustellen, wieviel von dem Barlohn von 300 ℳ an jede der beiden Gehilfinnen tatsächlich gezahlt wird. Zu dem so für jede der drei Personen ermittelten Barlohn ist sodann der vom Versicherungsamt festzusetzende Wert der freien Kost, die der Unternehmer beschafft, hinzuzurechnen (§ 160 Abs. 2 RVO.).

Voraussetzungen für die Mitgliedschaft bei einer Betriebskrankenkasse.

2. R. 616. Antwort: Der Betriebskrankenkasse gehören nur die Personen an, die in dem Betriebe beschäftigt sind, für den sie errichtet ist, nicht aber auch andere Angestellte des Arbeitgebers, also nicht dessen in seinem Haushalt tätigen Dienstboten. (§ 245 Abs. 3 RVO.). Der Konsumverein bildet eine selbständige Rechtspersönlichkeit, daher sind auch seine Angestellten nicht Mitglieder der Betriebskrankenkasse, mag er auch von dem Inhaber des Betriebes gegründet sein, für den die Kasse errichtet ist. Reinigen die Dienstboten zugleich die Betriebsräume, so würden sie dann der Betriebskrankenkasse angehören, wenn diese Tätigkeit, für sich betrachtet, nicht nach der Bekanntmachung vom 17. November 1913 über vorübergehende Dienstleistungen (Arb.Vers. 1913 S. 848) versicherungsfrei sein würde; es kommt also darauf an, wieviel Zeit das Reinigen der Betriebsräume in Anspruch nimmt und wieviel der gewährten Vergütung auf diese Tätigkeit zu rechnen ist.

(§ 439 RVO.). Wenn die Dienstboten die Räume nur „sehr oft", also doch nur ausnahmsweise reinigen, so ist die Zuständigkeit der Betriebskrankenkasse nicht begründet. Als Arbeitgeber der Verkäuferinnen muß der Konsumverein gelten; denn dessen Waren verkaufen sie in seinem offenen Ladengeschäft. Daß sie vielleicht formell als Angestellte des anderen Betriebes behandelt werden, begründet für sie nicht die Mitgliedschaft der Betriebskrankenkasse.

Ersatzanspruch eines Armenverbandes für die Anstaltspflege eines Geisteskranken.

3. Nach Lüchow. Antwort: Für die Frage, ob die Krankenkasse dem Armenverband für die Unterbringung eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt ersatzpflichtig ist, ist die Erteilung der Zustimmung der Kasse zur Anstaltspflege ohne Bedeutung. Vielmehr ist die Ersatzpflicht begründet, wenn es sich um einen Hilfsbedürftigen handelt. Die Hilfsbedürftigkeit wird an sich noch nicht dadurch ausgeschlossen, daß der Kranke einen Anspruch gegen die Kasse auf Unterstützung hat, wohl aber dadurch, daß die Kasse auch bereit ist, die durch die Krankheit erforderliche Krankenpflege zu gewähren. Ist der Kranke in dem geschilderten Falle hilfsbedürftig, so hat der Armenverband auch dann den Ersatzanspruch, wenn die Unterbringung in der Anstalt zugleich im Interesse der Sicherheit dritter Personen liegt. Nur dann, wenn die Sicherung der einzige Zweck der Unterbringung ist, es sich also um einen rein polizeilichen Akt handelt, besteht der Ersatzanspruch nicht; denn dann liegt keine Handlung der Armenpflege vor. (Vgl. Lehmann, RVO. V. und VI. Buch, Anm. 10 zu § 1531). Ihrer Ansicht, daß nur für solche Kranken, die ausschließlich zum Zwecke ihrer Heilbehandlung der Anstalt, und zwar durch die Kasse selbst überwiesen werden, die Kasse Ersatz zu leisten habe, ist demnach nicht beizupflichten.

Ersatzanspruch des Armenverbandes an die Krankenkasse für Krankenhauspflege.

4. Nach D. M. Antwort: Die §§ 1531 ff. RVO. sind dann anzuwenden, wenn der Unterstützte hilfsbedürftig war. Hilfsbedürftigkeit entfällt aber nicht allein schon dadurch, daß jener einen Anspruch an eine Krankenkasse hat, sondern dies muß auch dem Armenverband bekannt und die Kasse muß bereit sein, die erforderliche Krankenpflege zu gewähren. Daher kann unseres Erachtens in dem geschilderten Falle Ersatz gemäß §§ 1531 ff. RVO. von dem Zeitpunkt nicht mehr gefordert werden, in welchem die Kasse dem Armenverband gegenüber sich bereit erklärte, die Kosten der Anstaltsbehandlung zu übernehmen. Damit erkannte sie den Anspruch an und erbot sich auch zu dessen Erfüllung. Allerdings übertrug sie diese dem Armenverband. Er gewährte von da ab aber die Unterstützung nicht mehr im Wege der Armenpflege, sondern auf Grund des ihr von der Kasse erteilten Auftrages. Hieraus ergibt sich: der Armenverband hatte für die Zeit vom 1. Dezember 1915 bis 21. März 1916 als Ersatz zu beanspruchen für die Krankenpflege 3/8 des Grundlohnes und für den Unterhalt im Krankenhaus 1/2 des Grundlohnes (§§ 1533, 1503, 1506 RVO.), und zwar ohne Rücksicht auf die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Vom 22. März 1916 aber, nachdem die Kasse den Anspruch anerkannt hatte, braucht sie auf Grund des Auftrags nur die dem Armenverband tatsächlich entstandenen Kosten zu erstatten, insoweit halten wir die Ansicht des Versicherungsamts, das für die ganze Zeit einen Ersatzanspruch aus §§ 1531 ff. als begründet erachtet, für unzutreffend.

Zur Versicherungspflicht noch nicht vom Militär entlassener Kriegsbeschädigter.

5. Nach Bochum. Antwort: Die Versicherungspflicht hat stets zur Voraussetzung ein von beiden Teilen auf Grund freier Entschließung eingegangenes Arbeitsverhältnis. Dieser Grundsatz gilt auch für die entgeltliche Beschäftigung von Soldaten. Darum sind diese, wie der Erlaß des preußischen Kriegsministeriums vom 17. Mai 1916 (Armeeverordnungsblatt vom 20. Mai 1916) richtig bemerkt, dann nicht versicherungspflichtig, wenn sie von der vorgesetzten Militärbehörde zur Arbeit kommandiert werden, an sie also der unbedingt zu befolgende Dienstbefehl, eine bestimmte Arbeit auszuführen, ergeht. Ob eine solche Kommandierung ergangen ist, muß von Fall zu Fall geprüft werden. Danach können an sich auch Soldaten, die noch unter Lazarettbeobachtung stehen, sehr wohl der Krankenversicherungspflicht unterliegen. Es kommt eben darauf an, ob an sie der Dienstbefehl ergangen oder ihnen nur der Rat erteilt ist, sich Arbeit zu suchen. Häufig wird freilich in solchen Fällen Versicherungsfreiheit nach der Bekanntmachung vom 17. November 1913 über vorübergehende Dienstleistungen bestehen (Arb.Vers. 1913 S. 848 f.).

Kein Erlöschen der freiwilligen Kassenmitgliedschaft, wenn der Versicherte von der satzungsmäßigen Zahlungszeit gemäß einem Herkommen abweicht.

6. Nach Dresden. Antwort: Zwischen der in unserer Auskunft in Heft 12 von 1916 S. 747 angezogenen Entscheidung des preuß. OVG. vom 18. März 1909, Arb.Vers. 1909 S. 747, und der Entscheidung des sächs. OVG. vom 26. Jan. 1907, Arb.Vers. 1907 S. 434, besteht kein unvereinbarer Widerspruch. In diesem letzteren Falle hatte der Versicherte einseitig die Beiträge vierteljährlich, statt alle zwei Wochen, entrichtet. Dadurch war seine freiwillige Weiterversicherung von vornherein gemäß § 27 Abs. 2 KVG. (vgl. jetzt § 314 Abs. 1 RVO.) erloschen, und von dieser kraft einer zwingenden Vorschrift des Gesetzes eingetretenen Rechtswirkung konnte der Versicherte nicht dadurch wieder befreit werden, daß die Kasse gegen diese Art der Beitragsentrichtung niemals Einwendungen erhoben hatte. In dem vom preuß. OVG. entschiedenen Falle war eine bei der Kasse bestehende (und der Aufsichtsbehörde bekannte) Uebung festgestellt, wonach die Beiträge, abweichend von der Satzung, vierteljährlich entrichtet wurden. Diese Uebung war allerdings ungesetzlich, weil mit einer zwingenden Vorschrift in Widerspruch; solange sie aber von der Kasse tatsächlich gehandhabt wurde, wäre es ein Verstoß wider Treu und Glauben gewesen, wenn dem Versicherten gegenüber geltend gemacht worden wäre, daß er durch Nichteinhaltung der satzungsmäßigen Zahlungstermine seine Mitgliedschaft verloren habe.

Fortzahlung der Beiträge nach Ueberschreiten der Verdienstgrenze des § 165 Abs. 2 RVO.

7. Nach Bünde. Antwort: Wenn der Handlungsgehilfe die Gehaltsgrenze von 2500 ℳ (§ 165 Abs. 2 RVO.) überschritt, so hörte er jedenfalls auf, versicherungspflichtig zu sein und konnte nur noch nach § 313 freiwilliges Mitglied bleiben, wenn er binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht die Absicht der Weiterversicherung anzeigte oder in der gleichen Frist die satzungsmäßigen Beiträge voll einzahlte. Wurden aber die Beiträge satzungsgemäß monatlich nachträglich gezahlt und erfolgte die erste Zahlung daher nicht in jener Frist, so konnte die Versicherung nur durch Anzeige oder Vorauszahlung des ersten Beitrags aufrecht erhalten werden. Ist dies unterblieben, so ist die allein in Frage kommende freiwillige Mitgliedschaft nicht begründet und auch als formale nicht anzuerkennen, auch wenn die Kasse die Beiträge weiterhin drei Monate ununterbrochen angenommen hat. Denn die Voraussetzungen des § 213 sind nicht gegeben, weil die frühere Anmeldung der Pflichtmitgliedschaft nach deren Erlöschen nicht mehr in Betracht kommen kann, die freiwillige Mitgliedschaft aber nicht angemeldet und die Kasse nicht in die Lage versetzt war, den Sachverhalt zu prüfen.

Wiedereintritt eines Kriegsteilnehmers in die Ersatzkasse; Ruhen der Rechte und Pflichten bei der Pflichtkasse.

8. Nach H. a. S. Antwort: Der auf § 7 der Bek. vom 5. Juli 1916 (Arb.Vers. Heft 21 S. 497) beruhende Wiedereintritt eines Kriegsteilnehmers in seine Ersatzkasse gilt nach Abs. 2 des § 7 nicht als neuer Beitritt. Die Begründung hierzu (S. 501) hebt einzelne Folgen hiervon besonders hervor und bemerkt dann allgemein: „Die neue Versicherung gilt eben als die unmittelbare Fortsetzung des durch den Diensteintritt unterbrochenen Versicherungsverhältnisses.“ Das bedeutet, daß die Sache in jeder Hinsicht so anzusehen ist, als wenn die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse ohne Unterbrechung fortgedauert hätte. Das muß daher auch im Verhältnis zu der zuständigen Pflichtkrankenkasse gelten, so daß es eines neuen Antrags auf Ruhen der Rechte und Pflichten bei dieser (§§ 517, 519, 520 RVO.) nicht bedarf, wenn der Versicherte auch seine Mitgliedschaft bei dieser Kasse aufrecht erhalten hatte. War er dagegen aus dieser Kasse ausgeschieden und wird er durch Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung Mitglied derselben oder einer anderen Zwangskasse, so muß er einen neuen Antrag auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten stellen.

Anspruch der Mitglieder des Kassenvorstandes für Teilnahme an den Ausschußsitzungen.

9. Nach Corbach (Waldeck). Frage: Nach unserer Satzung werden die Mitglieder des Vorstands zu den Ausschußsitzungen eingeladen und auf Verlangen gehört. Eine Pflicht zum Erscheinen besteht hiernach nicht. Für ihre Teilnahme erhielten diese Vorstandsmitglieder, wie die Ausschußmitglieder, ein Tagegeld von je 4 ℳ. Diese Zahlung rügt das Versicherungsamt, weil für den Vorstand keine Pflicht zur Teilnahme an den Ausschußsitzungen und deshalb auch kein Recht zum Bezuge von Tagegeldern bestehe. Ist diese Ansicht richtig?

Antwort: Nein! Es ist davon auszugehen, daß jedes Vorstandsmitglied, welches von seinem Rechte zum Erscheinen in der Ausschußsitzung Gebrauch macht, dies in der Absicht tut, sich über die Verhandlungsgegenstände zu unterrichten und nötigenfalls auch sich darüber zu äußern, um seiner Aufgabe als Vorstandsmitglied sachgemäß gerecht zu werden. Wer so handelt, handelt pflichtmäßig und hat daher Anspruch auf Vergütung nach § 21 Abs. 2 RVO.

a) Aufrechnung von Krankengeld auf Beiträge, die der Versicherte als Arbeitgeber schuldet. b) Strafen aus § 529 RVO. kann nicht der Geschäftsführer festsetzen.

10. Nach Rosenheim. Antwort: a) Ob der Anspruch des Kassenmitglieds auf Krankengeld aufgerechnet werden kann auf Beiträge, die dasselbe Mitglied in seiner gleichzeitigen Eigenschaft als Arbeitgeber schuldet, ist streitig. Geht man mit Kleeis in Arb.Vers. 1915 S. 703 davon aus, daß die im § 223 Abs. 2 RVO. zugelassene Aufrechnung voraussetze, daß die beiderseitigen Ansprüche dem gleichen Rechtsverhältnis entspringen müssen, so ist die Frage zu verneinen. Wir teilen aber diese Auffassung nicht. Sie läßt sich weder aus dem Wortlaut des § 223, noch aus allgemeinen Vorschriften über die Aufrechnung herleiten (siehe unsere Anm. a. a. O.; zu vgl. auch Entsch. des RVA. 2355 Amtl. Nachr. 1910 S. 421).

b) Die maßgebende Vorschrift ist § 529 RVO., wonach der „Vorstand“ die Strafe verhängt. Nur dieser also kann gemeint sein, wenn im § 223 von Geldstrafen die Rede ist, welche die „Kassenleitung“ verhängt. Dem Geschäftsführer steht dies Recht nicht zu.

Umgehung der Kassenapotheke; Ablehnung der Bezahlung von Arzneien.

11. Nach P. Antwort: Durch die Satzung Ihrer Kasse ist der Vorstand gemäß § 375 RVO. ermächtigt, innerhalb des Kassenbereichs mit einzelnen Apothekern Vorzugsbedingungen wegen der Arzneilieferung zu vereinbaren; aber eine Vereinbarung liegt selbstverständlich erst vor, wenn Kasse und Apotheker sich über die Bedingungen geeinigt haben. Kein Apotheker ist verpflichtet, auf solche Vereinbarungen einzugehen. Wenn also der Dorfapotheker auf den ihm von der Kasse unterbreiteten Vertragsentwurf eine Erklärung nicht abgegeben hat, so ist eine Vereinbarung mit ihm nicht zustandegekommen. Daß er die auf Vordrucken mit der Bezeichnung der Kasse verordneten Arzneien angefertigt und den Versicherten geliefert hat, kann nicht etwa als Zustimmung zu dem Vertragsentwurf gedeutet werden. Die Kasse kann daher nach § 375 Abs. 1 Satz 3 die Bezahlung der von dem Apotheker bezogenen Arzneien — abgesehen von dringenden Fällen — ablehnen, sofern sie mit anderen Apothekern im Kassenbereich Vorzugsbedingungen vereinbart hat. Als selbstverständlich ist dabei vorauszusetzen, daß diese anderen Bezugsstellen in geeigneter Weise zur Kenntnis der Versicherten gebracht sind (vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 4 zu § 375 RVO. Außerdem wird in

vielen Fällen die große Entfernung einer anderen Apotheke den Bezug aus der Dorfapotheke dringend notwendig machen, so daß die Bezahlung nicht abgelehnt werden darf.

a) Notwendigkeit der Festsetzung von Geschäftsstunden bei einer Meldestelle. b) Genehmigung der Kasse bei Zuziehung eines Facharztes.

12. Nach Heringen. Antwort: a) Bei der Schwere der Folgen, die es für den Arbeitgeber haben kann, wenn die gebotenen Meldungen überhaupt nicht oder nicht rechtzeitig in die Hände eines zum Empfang berufenen Angestellten gelangen, halten wir den Hinweis darauf, daß die Meldungen jederzeit in der Wohnung des Verwalters der Melde- und Zahlstelle oder in einem fremden Hause, wo er hauptamtlich beschäftigt ist, abgegeben werden können, für ungenügend. Die Arbeitgeber brauchen sich nicht darauf einzulassen, die Meldungen einem Hausgenossen oder fremden Personen zu übergeben. Es müssen Geschäftsstunden festgesetzt und in angemessener Weise bekannt gemacht werden, in denen der Verwalter (Kassierer) selbst oder ein anderer Angestellter der Kasse Meldungen und Zahlungen entgegennimmt. Hierzu wird nötigenfalls das Versicherungsamt die Kasse anzuhalten haben.

b) Die Kasse kann verlangen, daß der Versicherte zur Zuziehung eines Facharztes, der nicht Kassenarzt ist, zunächst ihre Genehmigung einhole (Hahn, Handb. Anm. 2c zu § 368 RVO.). Ist dies unterblieben, so kann sie, von dringenden Fällen abgesehen, die Bezahlung des Facharztes überhaupt ablehnen (§ 368). Umso weniger hat in solchem Falle der Versicherte Ursache zur Beschwerde, wenn die Kasse nur die Bezahlung der Reisekosten ablehnt.

Kein Ersatzanspruch a) der Heeresverwaltung gegen die Krankenkasse, b) der Kasse gegen den Armenverband.

13. Nach Posen. Antwort: a) Die Heeresverwaltung, die dem verwundeten oder sonst erkrankten Kriegsteilnehmer Lazarettpflege gewährt, erfüllt dadurch nur ihre selbständige Pflicht, die durch die gleichzeitig bestehende Pflicht der Krankenkasse zur Gewährung von Leistungen aus § 182 oder § 214 RVO. in keiner Weise berührt wird. Wenn durch die Leistung der Heeresverwaltung sich die Krankenpflege der Kasse tatsächlich erübrigt und diese also einen Vorteil erlangt, so kann man doch nicht sagen, daß sie ihn „ohne rechtlichen Grund" erlangt habe, wie § 812 BGB. voraussetzt. Ein Ersatzanspruch der Heeresverwaltung gegen die Kasse besteht daher nicht.

b) Wenn die Kasse meint, in einem bestimmten Falle ihre Fürsorge ohne Grund geleistet zu haben, so folgt daraus noch nicht, daß sie sich an den Armenverband halten könne, der ohne das Eintreten der Kasse zur Fürsorge verpflichtet gewesen wäre. Denn die Armenpflegepflicht tritt immer nur ganz aushilfsweise ein und setzt Hilfsbedürftigkeit voraus, die nicht besteht, wenn ein Dritter tatsächlich, sei es auch ohne Rechtspflicht, die erforderliche Hilfe leistet. Deshalb läßt sich in solchen Fällen ein Anspruch der Kasse an den Armenverband aus § 812 BGB. nicht begründen (zu vgl. Arb.Vers. 1909 S. 150, 457 und 1910 S. 828, auch 1916 S. 290).

Zur Anwendung des § 214 RVO. bei Ersatzkassen.

14. Nach Hamburg. Antwort: Nach Prüfung der in Ihrer Anfrage bezeichneten Versicherungsbedingungen bemerken wir mit Bezug auf unsere Auskunft im Heft 23 S. 550 Ziff. 2b folgendes: Die Anwendung des § 214 RVO. bei Ersatzkassen setzt voraus, daß der bisher Versicherungspflichtige „wegen Erwerbslosigkeit", d. h. wegen Mangels einer Beschäftigung gegen Entgelt, wie aus seiner Pflichtkasse so auch aus der Versicherung bei der Ersatzkasse ausscheidet. Ob dies der Fall ist, bestimmt sich nach der Satzung (den Versicherungsbedingungen). Von den in Frage kommenden Bestimmungen Ihrer Satzung erfüllt keine die erwähnte Voraussetzung, mit Ausnahme des § 5 Abs. 7. Allerdings ist hier nur vorgeschrieben, daß während des Militärdienstes die Rechte und Pflichten der Mitglieder „ruhen"; aber im Sinne des § 214 RVO. und nach seinem Zwecke genügt es, daß das Mitglied hiernach aus der „Versicherung" ausscheidet, wenngleich die „Mitgliedschaft" formell fortbesteht, um nach Beendigung der Dienstzeit wieder wirksam zu werden.

Krankenpflege neben Kriegswochenhilfe bei anormalem Verlauf der Entbindung.

15. Nach Rostock. Antwort: Es kann nicht die Absicht des Gesetzgebers gewesen sein, der Wöchnerin, die bei der Entbindung die volle erforderliche Krankenpflege durch die Kasse erhält, noch den ungekürzten Entbindungsbeitrag der Kriegswochenhilfe zuzusprechen. Sie würde damit eine ungerechtfertigte Doppelleistung erhalten. Zwar hat sie bei anormalem Verlaufe der Entbindung auch Anspruch auf Krankenpflege. Aber diese läßt sich nicht so streng scheiden von der reinen Geburtshilfe, die auch bei normalem Verlaufe erforderlich ist. Die Geburtshilfe ist meist mitenthalten in der Krankenpflege. Insoweit kann nicht noch der Entbindungsbeitrag gefordert werden. Andernfalls würde die Wöchnerin in solchen Fällen 25 ℳ bar dazu erhalten, ohne daß ihr irgend welche Entbindungskosten entständen. In diesem Sinne lauten unsere Auskünfte Jahrgang 1916 S. 143 Ziff. 4 und S. 168 Ziff. 12. Die anders lautende in Jahrgang 1915 S. 143 Ziff. 7, die anscheinend auch die Billigung von Jaeger gefunden hat (Arb.Vers. 1916 S. 488) möchten wir — ohne die Zweifelhaftigkeit der Frage zu verkennen — nicht aufrechterhalten.

Dauer des Versichertseins als Voraussetzung des § 195 RVO.

16. Nach Berlin. Frage: Hat eine Versicherte, die am 1. März 1916 Mitglied der Kasse geworden und am 31. August niedergekommen ist, Ansprüche nach § 195 RVO. oder nicht, das heißt: findet in diesem Falle § 125 oder § 126 RVO. für die Berechnung der Frist Anwendung?

Antwort: Der § 126 RVO. ist dem § 191 BGB. nachgebildet. Die Motive hierzu (I § 151 S. 286) bemerken: die Vorschrift habe namentlich für solche Fälle Bedeutung, in denen eine Zeitbestimmung nicht eine zwischen dem Anfangs- und Endpunkte liegende Zeiterstreckung, sondern eine Summe von nicht notwendig aufeinander folgenden Tagen bezeichnet. Damit stimmt die Fassung des § 126 RVO. und die Voraussetzung

seiner Anwendung auf § 195 RVO. überein. Nach § 195 braucht die Zeit des Versichertseins im letzten Jahre nur sechs Monate zu betragen, aber nicht zusammenhängend zu verlaufen, um die Berechnung der sechs Monate nach § 125 RVO. auszuschließen und die Berechnung von 6 × 30 = 180 Tagen nach § 126 RVO. zu rechtfertigen. Daß im gegebenen Falle die 6 Monate gleichwohl zusammenhängend verlaufen sind, ist gleichgültig. Da die Frau über 180 Tage versichert war, ist ihr Anspruch auf Wochenhilfe begründet.

Beginn der Unterstützungsdauer bei anfänglicher Ablehnung der Krankenhauspflege.

17. Nach R. Frage: Ein Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse erkrankte am 27. Nov. 1915, verwirkte aber die Unterstützung, weil es die angebotene Krankenhausbehandlung abgelehnt hatte. Vom 28. Dezember 1915 bis 18. März 1916 war der Erkrankte Mitglied einer Betriebskrankenkasse, hat aber diese Krankenkasse in Anspruch genommen. Am 27. März 1916 wurde er wieder Mitglied der Ortskrankenkasse und nahm einige Tage später wegen des alten Leidens, das seit 27. November 1915 ständig ärztliche Behandlung erforderte, die Kassenunterstützung in Anspruch. Die Ortskrankenkasse rechnete nun die Unterstützungspflicht vom letzteren Zeitpunkte ab für 26 Wochen. Ist sie hierzu berechtigt oder hat sie von der zweiten Inanspruchnahme ab neuerdings für 26 Wochen Unterstützung zu leisten?

Antwort: Die Unterstützungsdauer wird regelmäßig erst von dem Zeitpunkte ab gerechnet, in welchem die tatsächliche Unterstützung beginnt. (Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 2d zu § 183). Hierbei kann es aber keinen Unterschied machen, ob der Versicherte überhaupt nicht die Kasse vorher um Krankenhilfe angegangen hat, oder ob er gerade die ihm angebotene Art der Krankenhilfe abgelehnt und daher gar keine erhalten hat; denn auch im letzteren Falle hat er tatsächlich die Kasse nicht in Anspruch genommen. Nur der Beweggrund war ein anderer; er kann aber keinen Einfluß auf den Anspruch an sich haben. Demnach ist unseres Erachtens die Dauer von der tatsächlichen Gewährung ab zu rechnen. Nur kann der Versicherte im zweiten Falle natürlich nicht das Krankengeld nachträglich für die Dauer der Ablehnung der Krankenhauspflege verlangen, die Unterstützungsdauer also nicht schon vorher beginnen lassen; denn dadurch würde das Recht der Kasse, die Krankenhilfe durch Krankenhauspflege zu leisten, aufgehoben werden.

Zur Versicherungspflicht feindlicher Ausländer, insbesondere der Italiener.

18. Nach R. Antwort: Im allgemeinen verweisen wir hinsichtlich der Kranken- und Invalidenversicherungspflicht der feindlichen Ausländer auf unsere Auskunft im Heft 1 S. 23 Ziff. 12 und auf die dort erwähnten Entscheidungen. Es ergibt sich daraus, daß es immer im einzelnen Falle auf das besondere Maß und die Art der Unfreiheit ankommt, der die betreffenden Arbeiter infolge behördlicher Beschränkungen unterliegen. Für feindliche Ausländer im allgemeinen (abgesehen von den russischen, für die zumeist besondere Bestimmungen gelten) ist z. B. von dem Oberbefehlshaber in den Marken laut Bekanntmachung vom 21. Januar 1916 (I a Nr. 59 873) bestimmt: Sie dürfen den Landespolizeibezirk Berlin nur mit Genehmigung der Kommandantur Berlin, die Provinz Brandenburg nur mit Genehmigung des Generalkommandos des 3. Armeekorps betreten oder verlassen und ihren Wohnort nur mit schriftlicher, mitzuführender Genehmigung der Ortspolizeibehörde überschreiten (§ 1). Ferner müssen sie stets einen polizeilichen Ausweis bei sich tragen, sich zweimal täglich auf der Polizei melden und sich zwischen 8 Uhr abends und 7 Uhr morgens in ihren Wohnungen aufhalten; hiervon sind jedoch Befreiungen zulässig (§ 2). Für andere Bezirke dürften ähnliche Vorschriften erlassen sein. Für Italiener gilt nichts besonderes. Wo diese Vorschriften in vollem Umfange bestehen, schränken sie die Bewegungsfreiheit und die Freiheit in der Auswahl und Aufsuchung von Arbeitsgelegenheit so erheblich ein, daß man unseres Erachtens eine unter dem Zwange dieser Beschränkungen übernommene Beschäftigung nicht als freie Erwerbsbetätigung und daher nicht als versicherungspflichtig anzusehen haben wird. Wo dagegen von den erwähnten Befreiungsmöglichkeiten mehr oder weniger Gebrauch gemacht ist, kann eine andere Beurteilung geboten sein; ebenso da, wo ein Arbeiter in seiner vor der Kriegserklärung völlig frei gewählten Arbeitsstelle verblieben ist, wie in dem erwähnten Fall in Heft 1 S. 23 Ziff. 12.

Keine Versicherungspflicht eines aus der Irrenanstalt entwichenen Geisteskranken. — Arbeitsversuch.

19. Nach Tettnang. Frage: Ein Insasse einer Irrenanstalt, der seines Geisteszustandes und seiner Gemeingefährlichkeit wegen in derselben untergebracht werden mußte, ist es gelungen zu entweichen. Um nicht entdeckt zu werden, nimmt er einen falschen Namen an und findet unter diesem Beschäftigung in einer Fabrik gegen einen Taglohn von 3 ℳ 90 Pf. Nach dreitägiger Beschäftigung wird er ausfindig gemacht, von zwei Landjägern während der Arbeit verhaftet und von zwei von der Anstalt gesandten Wärtern wieder in dieselbe zurückgebracht. Ist er durch seine Beschäftigung versicherungspflichtig und Mitglied unserer Kasse geworden?

Antwort: Nein! Denn erstens kann man ihn, obwohl es ihm vorübergehend gelungen war, sich dem Zwange des Anstaltsaufenthalts zu entziehen, nicht als freien Arbeiter ansehen; und außerdem liegt, weil seine Beschäftigung nach den Umständen alsbald ein vorzeitiges Ende nehmen mußte, ein bloßer Arbeitsversuch vor (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. vom 17. April 1916, Arb.Vers. 1916 Heft 23 S. 543).

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamerstraße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1153 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. November 1916 | Heft 31

Verfahren bei Wegfall und Versagung der Leistungen der Invalidenversicherung.

Von Landesrat Seelmann, Oldenburg i. Gr.

Die Reichsversicherungsordnung regelt im § 1626 das Verfahren bei der Entziehung und bei der Einstellung der Renten. Weitere Bestimmungen hierüber enthalten die §§ 92 bis 95 VAO.*) Ob es sich im Einzelfall um eine Entziehung oder um eine Einstellung der Rente handelt und ob es etwa noch ein drittes Verfahren beim Wegfall der Leistungen gibt, ist einmal von Bedeutung wegen der Vorschrift des § 1308 RVO., nach der ein Bescheid, der die Rente entzieht, erst mit Ablauf des auf die Zustellung folgenden Monats wirksam wird. Eine gleiche Bestimmung gilt für das Einstellungsverfahren nicht. Ferner kann es auch von Einfluß sein, ob vor der Entscheidung durch die Versicherungsanstalt eine Begutachtung durch das Versicherungsamt stattfindet und ob das Versicherungsamt die Angelegenheit in mündlicher Verhandlung erörtern muß.

Den Hauptgrund für den Wegfall der Rente, nämlich den Tod des Rentenempfängers, nennt das Gesetz überhaupt nicht. Es kann auch keinem Zweifel unterliegen, daß hier ein besonderes Verfahren nicht stattfindet, denn eine Person, der ein Bescheid zugestellt werden könnte, ist nicht mehr vorhanden. Wenn etwa Erben Ansprüche auf noch rückständige Rente erheben, ist dieserhalb ein besonderes Verfahren einzuleiten.

Im übrigen spricht das Gesetz im Falle des § 1298 RVO. (Wiederverheiratung der Witwe) und im Falle des § 1299 RVO. (Vollendung des 15. Lebensjahres durch die Waise) nur von einem Wegfall der Rente, bezeichnet aber das Verfahren nicht, in dem die Renten in Wegfall gebracht werden sollen. Von einer Entziehung der Rente spricht das Gesetz im Falle des § 1304 (Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit bei Invaliden- und Witwenrentenempfängern), im Falle des § 1306 (Widersetzlichkeit des Rentenempfängers bei Anordnung eines Heilverfahrens) und im Falle des § 1307 (Wegfall der Bedürftigkeit bei Witwer- und Waisenrentenempfängern). Dagegen ist die Rente nach § 1310 RVO. „einzustellen", wenn festgestellt wird, daß ein Versicherter, der als verschollen galt, noch lebt. Beim Ruhen der Rente nach §§ 1311 bis 1315, 1318 RVO. bezeichnet das IV. Buch der Reichsversicherungsordnung das Verfahren, in dem das Ruhen ausgesprochen wird, nicht, sondern sagt nur „die Rente ruht". Auch in § 1626 Abs. 3 RVO., wo für diese Fälle besondere Bestimmungen getroffen werden, wird das Verfahren nicht ausdrücklich bezeichnet; es wird vielmehr der Ausdruck gebraucht „wenn es sich um das Ruhen der Rente handelt". Dagegen wird im § 92 VAO. dieses Ver-

*) VAO = Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter. Vom 24. Dez. 1911

fahren als Einstellungsverfahren bezeichnet; ebenso im § 95 VAO. Auch für den Fall des § 1522 RVO. (Wegfall der Renten des IV. Buchs wegen nachträglicher Festsetzung der Unfallrenten) nennt das Gesetz das Verfahren, in welchem dieser Wegfall ausgesprochen wird, nicht. § 1522 bestimmt nur, daß die Rente so lange zu zahlen ist, bis die Unfallrente gewährt wird und der § 94 VAO. spricht in Bezug auf diesen Fall von einem Wegfall der Renten. Nicht ausdrücklich geregelt ist ferner das Verfahren, wenn der Rentenempfänger auf den Fortbezug der Rente verzichtet, wenn eine Rente deshalb in Wegfall gebracht wird, weil Kapitalabfindung nach §§ 1316, 1317 gewährt wird, oder nach Bewilligung von Invalidenhaus- oder Waisenhauspflege (§ 1277 RVO.).

Es ist davon auszugehen, daß das Gesetz nur das Entziehungsverfahren und das Einstellungsverfahren kennt, nicht aber noch ein drittes Verfahren beim Wegfall der Leistungen. Das ist einmal aus §§ 1626, 1633 RVO. zu entnehmen, wo das Verfahren bei Entziehung und Einstellung der Renten geregelt wird. Hätte der Gesetzgeber angenommen, daß es noch ein drittes Verfahren beim Wegfall der Leistungen gibt, so würde er dies in den §§ 1626, 1633 RVO. geregelt haben. Diese Auffassung wird durch § 1319 RVO. bestätigt, wo bestimmt wird, daß die Versicherungsanstalt eine neue Feststellung treffen kann, wenn sie sich bei erneuter Prüfung davon überzeugt, daß die Leistung zu Unrecht abgelehnt, entzogen, eingestellt oder zu niedrig festgestellt worden ist. Auch hier würde der Gesetzgeber das dritte Verfahren erwähnt haben, wenn er angenommen hätte, daß ein solches stattfindet. Denn es wäre nicht einzusehen, weshalb bei einem dritten Verfahren nicht die gleiche Vergünstigung des § 1319 gelten sollte. Hiernach tritt, wenn eine Rente in Wegfall gebracht werden soll, abgesehen vom Falle, daß der Rentenberechtigte stirbt, entweder das Entziehungs- oder das Einstellungsverfahren ein. Es bedarf also, wenn es sich nicht um das Entziehungsverfahren handelt, überall der für das Einstellungsverfahren vorgeschriebenen Mitwirkung des Versicherungsamts. (Zustimmend **Lehmann**, § 1626 Anm. 5; zu vgl. Amtl. Nachr. 1914 S. 554 Z. 1862, Archiv 1914 S. 169 Z. 1281).

Es muß ferner angenommen werden, daß das Entziehungsverfahren nur da Platz greift, wo das Gesetz ausdrücklich von einer Entziehung der Rente spricht, nämlich bei der Entziehung einer Invaliden- oder Witwenrente wegen Wiedereintritts der Erwerbsfähigkeit (§ 1304), bei der Entziehung einer Rente wegen Widersetzlichkeit des Rentenempfängers bei der Anordnung eines Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt (§ 1306) und bei der Entziehung von Witwer- und Waisenrenten wegen Wegfall der Bedürftigkeit (§ 1307). Für diese Fälle hat das Gesetz die besondere Vergünstigung geschaffen, daß die Entziehung erst mit Ablauf des auf die Zustellung folgenden Monats wirksam wird (§ 1308; zustimmend RVA. vom 26. März 1914, Amtl. Nachr. 1914 S. 554 Z. 1862, Archiv 1914 S. 169 Z. 1281). Für alle anderen Fälle gilt das Einstellungsverfahren.

Ehe nun auf das Verfahren in den einzelnen Fällen eingegangen wird, muß noch eine Frage allgemein erörtert werden. Nach § 1626 Abs. 3 RVO. findet mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt nicht statt, wenn es sich um das Ruhen der Rente handelt (§§ 1311 bis 1315, 1318). Nach § 92 VAO. dagegen hat mündliche Verhandlung stattzufinden, „wenn es sich um eine Einstellung der Renten handelt." Hier wird anscheinend die mündliche Verhandlung allgemein im Einstellungsverfahren ausgeschlossen, aber auch nur anscheinend. Denn durch den Zusatz „§ 1626 Abs. 3 RVO." wird klargestellt, daß hier nicht allgemein das Einstellungsverfahren gemeint ist, sondern nur das Einstellungsverfahren beim Ruhen der Rente. Jeder Zweifel nach dieser Richtung hin wird dadurch ausgeschlossen, daß im § 93 Nr. 3 VAO. die mündliche Verhandlung weiter ausgeschlossen wird für den Fall der Einstellung der Rente nach § 1310 RVO.

Hiernach ergibt sich im einzelnen folgendes:

1. Wegfall der Rente beim Tod des Rentenempfängers: nur Wegfallanweisung an die Post.

2. Entziehung der Invaliden- oder Witwenrente wegen Wiedereintritts der Erwerbsunfähigkeit (§ 1304 RVO.), wegen Widersetzlichkeit eines Rentenempfängers bei Einleitung eines Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt (§ 1306 RVO.), Entziehung einer Witwerrente wegen Wegfall der Bedürftigkeit (§ 1307 RVO.: Entziehungsverfahren. Vorher Begutachtung durch das Versicherungsamt, und zwar nach mündlicher Verhandlung; diese ist nicht erforderlich, wenn der Rentenempfänger ausdrücklich erklärt hat, keinen Anspruch auf Weitergewährung der Rente zu haben, und der Akteninhalt diese Erklärung rechtfertigt oder wenn lediglich der Zeitpunkt des Wegfalls der Rente in Frage steht (§ 93 Nr. 1, 2 VAO.).

3. Entziehung der Waisenrente wegen Wegfalls der Bedürftigkeit (§ 1307 RVO.): Entziehungsverfahren. Vorher Begutachtung durch das Versicherungsamt, keine mündliche Verhandlung (§§ 1624, 1626 Abs. 1 RVO.).

4. Einstellung der Rente nach Verzicht durch den Versicherten: Einstellungsverfahren. Vorher Begutachtung durch das Versicherungsamt. Keine mündliche Verhandlung, wenn das Versicherungsamt der Ansicht ist, daß der Akteninhalt die Verzichtleistung rechtfertigt (§ 93 Nr. 1 VAO.; RVA. 26. März 1914, Amtl. Nachr. 1914 S. 554 Z. 1862, Archiv 1914 S. 169 Z. 1281). Durch formlose Schreiben der Versicherungsanstalt darf die Rente nicht in Wegfall gebracht werden.

5. Wegfall der Witwen- oder Witwerrenten bei der Wiederverheiratung (§ 1298 RVO.) oder weil die Waise das 15. Lebensjahr vollendet (§ 1299 RVO.). Hier ist angenommen, daß die Renten durch formlose Schreiben der Versicherungsanstalt in Wegfall gebracht werden können. Die Versicherungsanstalt ist aber berechtigt, einen berufungsfähigen Bescheid zu erlassen. Auf Antrag der Berechtigten ist sie zum Erlaß eines solchen Bescheides verpflichtet (Düttmann-Seelmann Bd. IV S. 119). Es hat dann vorher Begutachtung durch das Versicherungsamt stattzufinden, und zwar nach mündlicher Verhandlung, wenn es sich um Witwer- oder Witwenrenten handelt, sofern nicht lediglich der Zeitpunkt des Wegfalls der Rente in Frage steht (§ 93 Nr. 2 VAO.). Bei Wegfall der Waisenrenten findet mündliche Verhandlung nicht statt (§§ 1624, 1626 Abs. 1 RVO.).

6. Wegfall der Renten nach Bewilligung der Unfallrenten (§ 1522 RVO.): Einstellungsverfahren. Vorher Begutachtung durch das Versicherungsamt, und zwar, wenn es sich um Invaliden-, Witwen- oder Witwerrenten handelt, nach mündlicher Verhandlung, es sei denn, daß der Rentenempfänger ausdrücklich erklärt hat, keinen Anspruch auf Weitergewährung der Rente zu haben und der Akteninhalt diese Erklärung rechtfertigt oder wenn lediglich der Zeitpunkt des Wegfalls der Rente in Frage steht (§ 93 Nr. 1, 2 VAO.). Beim Wegfall der Waisenrenten ist mündliche Verhandlung nicht erforderlich (§§ 1624, 1626 Abs. 1 RVO.).

7. Ruhen der Rente nach §§ 1311 bis 1315, 1318 RVO.: Einstellungsverfahren. Vorher Begutachtung durch das Versicherungsamt. Keine mündliche Verhandlung (§ 1626 Abs. 3 RVO., § 92 VAO.).

8. Einstellung der Rente, weil nachgewiesen wird, daß ein Versicherter, der als verschollen galt, noch lebt (§ 1310 RVO.): Einstellungsverfahren. Vorher Begutachtung durch das Versicherungsamt. Keine mündliche Verhandlung (§ 93 Nr. 3 VAO.).

9. Wegfall der Rente, weil Kapitalabfindung gewährt wird (§§ 1316, 1317, 1476 RVO.): Einstellungsverfahren. Vorher Begutachtung durch das Versicherungsamt. Keine mündliche Verhandlung (§§ 1624, 1626 Abs. 1 RVO.).

10. Wegfall der Rente nach Bewilligung der Invalidenhaus- oder Waisenhauspflege (§ 1277 RVO). Ich möchte hier annehmen, daß die Rente zunächst formlos in Wegfall gebracht werden kann, da Invaliden- und Waisenhauspflege nur auf Antrag gewährt wird, also Einverständnis unter den Beteilig-

ten erzielt ist. Auf Antrag muß aber auch hier die Versicherungsanstalt im Einstellungsverfahren einen berufungsfähigen Bescheid erlassen, und zwar nach vorheriger Begutachtung durch das Versicherungsamt. Bei Alters- und Waisenrenten ist mündliche Verhandlung durch §§ 1624, 1626 Abs. 1 RVO. überhaupt ausgeschlossen, bei den übrigen Renten nur dann, wenn der Rentenempfänger ausdrücklich erklärt hat, keinen Anspruch auf Weitergewährung der Rente zu haben und der Akteninhalt diese Erklärung rechtfertigt oder wenn lediglich der Zeitpunkt des Wegfalls der Rente in Frage steht (§ 93 Nr. 1, 2 VAO.).

Das Gesetz spricht ferner in verschiedenen Fällen von einer Versagung der Renten, nämlich im § 1254, wenn der Versicherte oder die Witwe die Invalidität vorsätzlich oder schuldhaft herbeigeführt haben, im § 1272, wenn der Versicherte sich einem Heilverfahren ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzieht, und in den §§ 1271 und 1518 von einer Versagung der Invaliden- oder Witwenrenten für die Dauer eines Heilverfahrens. In den Fällen der §§ 1254, 1272 RVO. kann diese Versagung nur in Frage kommen im Feststellungsverfahren, nicht auch noch nach Bewilligung der Renten, denn im Falle des § 1254 RVO. ist wegen der Rechtskraft des Bescheides die Versagung nicht mehr möglich, wenn die Versicherungsanstalt die Rente angewiesen hat, ohne vom Recht der Versagung Gebrauch zu machen, und § 1272 gilt überhaupt nur für Personen, die noch keine Rente beziehen; für Rentenempfänger trifft § 1306 RVO. besondere Bestimmung. Im Feststellungsverfahren hat das Versicherungsamt sich über die Versagung gutachtlich zu äußern, und zwar nach mündlicher Verhandlung, wenn nicht der Versicherungsträger oder der Berechtigte einig sind (§ 1624 RVO.). Die Versagung nach §§ 1271 und 1518 kann auch gegenüber Rentenempfängern erfolgen. Die Versagung hat, da das Gesetz nach den obigen Darlegungen ein anderes Verfahren hierfür nicht kennt, im Einstellungsverfahren zu erfolgen. Es muß daher vor Erlaß eines Einstellungsbescheides Begutachtung durch das Versicherungsamt erfolgen, und zwar nach mündlicher Verhandlung, wenn nicht die Voraussetzung des § 93 Nr. 1, 2 VAO. erfüllt ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 9 der Amtl. Nachr. vom 15. Septbr. 1916).

I. Unfallversicherung.

Bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes eines im forstwirtschaftlichen Betriebe verunglückten, dort nur stundenweise vorübergehend beschäftigten Facharbeiters, der sonst regelmäßig in einem gewerblichen Betriebe fachmännisch arbeitet, ist als „betriebsübliche Zahl der Arbeitstage" (§ 566 RVO.) nicht die auf Tage umgerechnete Zeitdauer der von jenem geleisteten Facharbeit, sondern die in dem forstwirtschaftlichen Betrieb überhaupt übliche Zahl von Arbeitstagen zu verstehen (2894 S. 607).

Dem § 1593 Abs. 1 RVO., wonach der Berechtigte im Einspruchsverfahren vorzuladen ist, ist nicht genügt, wenn die Ladung von der Post als unbestellbar zurückkommt. Die Vorladung muß vielmehr auf irgend eine andere Weise, gegebenenfalls durch öffentlichen Aushang (§ 136 Abs. 2 RVO.) zugestellt werden (2895 S. 608).

Der Antrag auf Wiederaufnahme eines rechtskräftig abgeschlossenen Verfahrens ist kein Rechtsmittel im Sinne des § 1608 Abs. 1 RVO. (2896 S. 609).

Arbeiten deutscher Unternehmer in Russisch-Polen sind in der Regel nicht als unselbständiger Bestandteil („Ausstrahlung") ihres inländischen Betriebs anzusehen, wenn bei den Arbeiten ausschließlich oder weit überwiegend Ausländer beschäftigt werden. — Wenn die Berufsgenossenschaft im Einverständnis mit dem Unternehmer die Arbeiten als versichert angesehen und behandelt hat, so liegt ein formell-rechtliches Versicherungsverhältnis vor. — Dieses besteht so lange, bis die Genossenschaft oder der Unternehmer durch

ausdrückliche Erklärung gegenüber dem anderen Teile der ferneren Versicherung widerspricht (2897 S. 610).

Das Reich und die Bundesstaaten können mit ihren Fahrzeughaltungen auf Binnengewässern nur in die örtliche Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft, nicht aber in die Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und Reittierbesitzer eintreten (2898 S. 613).

Ist ein von mehreren Unternehmern unterhaltener Betrieb eingestellt und im Betriebsverzeichnis gelöscht, so kann die (erneute) Feststellung des Beitrags und die Festsetzung einer Geldstrafe Rechtswirkungen nur gegenüber denjenigen Mitunternehmern äußern, denen der Heberollenauszug und der Strafbescheid zugestellt worden sind (2899 S. 614).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Eine Satzungsbestimmung des Inhalts, daß für größere Heilmittel ein bestimmter Zuschuß gewährt „wird" (§ 193 Abs. 1 RVO.); ist ungesetzlich (2244 S. 625).

Das Wochengeld aus § 195 RVO. ist nicht nur für Arbeitstage, sondern für jeden Kalendertag zu zahlen (2245 S. 623).

Die Voraussetzung der Wochenhilfe nach § 1 Ziff. 1 der Bek. v. 3. 12. 14 ist nicht erfüllt, wenn der Ehemann der Wöchnerin Dienst bei einer freiwilligen Sanitätskolonne leistet, aber dadurch nicht wesentlich gehindert wird, seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen (2246 S. 627).

Die Frau eines Berufssoldaten hat keinen Anspruch auf Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (2247 S. 628).

Unter Verhinderung an der „Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit" im Sinne des § 1 Ziff. 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 ist nicht schon die Unfähigkeit zur Wiederaufnahme der bisherigen Berufstätigkeit zu verstehen (2248 S. 630).

Einen Anspruch auf Wochengeld „nach § 195 der Reichsversicherungsordnung", wie ihn § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 voraussetzt, haben nur solche Wöchnerinnen, die der Versicherungspflicht nach der RVO. unterliegen oder von der Versicherungsberechtigung bei einer gesetzlichen Krankenkasse Gebrauch gemacht haben (2249 S. 631).

Als gegen Krankheit versichert im Sinne des § 8 Abs. 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 gelten nicht Wöchnerinnen, die nach dem Ausscheiden aus der Kasse nur noch Anspruch auf Leistungen nach § 214 RVO. haben (2250 S. 632).

Für den Anspruch der ehelichen Kinder auf Waisenrente nach § 1261 RVO. ist die Voraussetzung, daß der Ehemann sich seiner väterlichen Unterhaltungspflicht entzogen hat, schon dann anzunehmen, wenn er dieser Pflicht nicht nachgekommen ist (2251 S. 634).

Anspruch auf Waisenaussteuer besteht nicht, wenn die Witwe vor der Fälligkeit (§ 1264 RVO.) stirbt (2252 S. 635).

§ 1522 Abs. 2 Satz 2 RVO., wonach der Unterhalt in der Heilanstalt gleich der Vollrente gerechnet wird, gilt nicht für die Frage, ob die Rente nach § 1311 RVO. ruht (2253 S. 637).

Einem Armenverbande, der einen Geisteskranken nur wegen seiner Gefährlichkeit für andere in einer Anstalt untergebracht hat, steht ein Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse nach § 1531 RVO. nicht zu (2254 S. 638).

Bestimmt die Satzung einer Krankenkasse, daß für Versicherungsfälle, in denen am 1. Januar 1914 die Leistungspflicht der Kasse nach dem alten Rechte fortdauert, von diesem Zeitpunkt ab die neuen Bestimmungen gelten, soweit sie für den Berechtigten günstiger sind, und ist der Grundlohn, dessen Hälfte nach der alten wie nach der neuen Satzung als Krankengeld gewährt wird, nach der neuen Satzung niedriger als nach der alten, so bestimmt sich für den Ersatzanspruch eines Armenverbandes, der einen Versicherten in der Uebergangszeit unterstützt hat, der Grundlohn auch für die Zeit nach dem 1. Januar 1914 nach altem Rechte, während im übrigen für den Umfang des Ersatzanspruchs seit diesem Tage das neue Recht gilt. Zu vgl. Rev.Entsch. 2031 Amtl. Nachr. 1915 S. 544 (2255 S. 639).

Bei Versagung der Zustimmung nach § 21 Abs. 3 RVO. zur Festsetzung eines Pauschbetrags für Zeitverlust darf lediglich die Angemessenheit der Höhe beanstandet werden (2256 S. 640).

In Preußen darf die Satzung der Krankenkasse ein gebührenpflichtiges Mahnverfahren einführen (2257 S. 642).

Die Geldstrafen im § 31 Abs. 3 RVO. sind Zwangsstrafen (2258 S. 644).

Seminar- und Probekandidaten, die an der Anstalt, der sie zu ihrer Ausbildung überwiesen sind, Lehrkräfte gegen Entgelt vertreten, sind gemäß § 172 Ziff. 1 RVO. versicherungsfrei (2259 S. 644).

Die Uebernahme der Krankenhauspflege durch die Krankenkasse (§ 184 RVO.) kann von der Aufsichtsbehörde im Einzelfalle nicht erzwungen werden (2260 S. 647).

Für die Zugehörigkeit zur Betriebskrankenkasse gelten die §§ 153 ff. über den Beschäftigungsort nicht (2261 S. 650).

Hat nach den Unfallverhütungsvorschriften der Betriebsunternehmer das nötige Verbandmaterial vorrätig zu halten, so ist die Betriebskrankenkasse nicht ohne weiteres verpflichtet, die Kosten für die Ergänzung aufzubringen (2262 S. 651).

Die Aufforderung einer Krankenkasse zur Zahlung von Kassenbeiträgen enthält keine Entscheidung des Versicherungsträgers im Sinne des § 1791 RVO. (2263 S. 652).

Ein nach § 1637 RVO. zuständiges Versicherungsamt wird nicht dadurch unzuständig, daß der die Zuständigkeit zur Zeit der Antragstellung begründende Wohnort in eine zum Bezirk eines anderen Versicherungsamts gehörende Gemeinde einverleibt wird (2264 S. 653).

B. Allgemeines.

Kosten der Ladung der Versicherungsvertreter sind Kosten der Gerichtshaltung.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 7. September 1916 (I 4156, II 4692).

Aus den Gründen: Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2741 (Amtl. Nachr. 1914 S. 676) hat sich mit der vorliegenden Rechtsfrage nicht befaßt, die dort auf S. 680 aufgeführten Portokosten sind nicht durch Ladung der Beisitzer, sondern des Verletzten selbst zur Vernehmung nach § 1592 und zur mündlichen Verhandlung nach § 1602 RVO. entstanden. Solche Portokosten sind, wie die Entscheidung zutreffend ausführt, von den Versicherungsträgern zu erstattende Barauslagen des Verfahrens im Sinne des § 59 Abs. 2 RVO. Nicht aber ist dies der Fall bei den durch die Ladung der Beisitzer zu der mündlichen Verhandlung des § 1602 erwachsenden Portokosten. Diese sind vielmehr den Kosten der Gerichtshaltung zuzurechnen, ebenso wie die „Bezüge der Versicherungsvertreter". Daß die letzteren in § 59 Abs. 2 trotzdem noch besonders aufgeführt werden, erklärt sich aus der in der Entscheidung 2741 dargelegten Entstehungsgeschichte jener Vorschrift. Aus ihr kann aber nicht gefolgert werden, daß ausschließlich diese Bezüge vom Bundesstaate zu tragen sind. Die Ladung der Versicherungsvertreter zur mündlichen Verhandlung ermöglicht erst die Abhaltung des Termins. Die dadurch erwachsenden Kosten, die zudem nicht immer in den einzelnen Streitfällen ausscheidbar sind, gehören daher ihrer Art nach zu den Verwaltungskosten des Versicherungsamts.

Zur Versicherungspflicht der Führer von Schleppdampfern auf Binnengewässern.

Entscheidungen a) des **Oberversicherungsamts Hamburg** vom 10. Dezember 1914 (J.-Nr. 15/14); b) des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 11. Februar 1916 (P. 151/15).

a)

Das Oberversicherungsamt konnte sich der Auffassung der Vorinstanz nicht anschließen. Es genügt nicht, festzustellen, daß die Schiffsführer H. und G. als Schiffer bezeichnet werden und deshalb als Schiffer im Sinne des § 1226 Ziff. 6 RVO. aufzufassen sind, sondern es muß vor allem untersucht werden, ob der Inhalt und der Umfang ihrer Tätigkeit, wie ihr gesamter Pflichtenkreis ein derartiger ist, daß sie wirklich als Schiffer — nach dem Kommentar von Weymann, S. 122 ist Schiffer gleichbedeutend mit Schiffsführer oder Kapitän — im Sinne des § 1226 RVO. anzusehen sind, oder ob die fraglichen Personen lediglich Arbeiter, beziehungsweise Hilfspersonen darstellen, welche Verrichtungen vorwiegend körperlicher Art in abhängiger Stellung leisten. Dabei muß hier gleich bemerkt werden, daß die Auffassung des Versicherungsamtes, welches aus der Stellung dieser Personen im Binnenschiffahrtsgesetz eine Analogie zur Reichsversicherungsordnung herleiten will, nicht zulässig erscheint. Die Voraussetzungen der Invalidenversicherung sind selbständig aus dem Inhalt und Zweck der betreffenden gesetzlichen Bestimmungen heraus zu prüfen. Untersucht man nun näher die Stellung der Führer der Schlepp- und Bugsierdampfer der Firma L. und M., so ergibt sich, daß von einer selbständigen Stellung dieser Personen gar nicht die Rede sein kann; das einzige, worin eine gewisse Selbständigkeit gefunden werden kann, ist, daß während der Fahrt die übrigen Personen der Schiffsbesatzung ihrem Kommando unterstellt sind. Im Grunde sind die Schiffer nur Steuerleute und stehen fast den ganzen Tag am Steuerrad; der Maschinist und Deckmann empfangen wie eben erwähnt, Anweisungen von ihnen, so daß die Stellung dieser Schiffer derjenigen eines Vorarbeiters ähnlich ist, der die Aufsicht über die ihm unterstellte Arbeitergruppe führt. Außerdem dürfen die Schiffer Schleppaufträge, die sie während der Fahrt erhalten, annehmen. Außer irgend einer weitergehenden Befugnis, selbst Verträge abzuschließen, haben sie insbesondere nicht das Recht, die Mannschaft ihres Dampfers zu löhnen, anzunehmen, zu entlassen usw. Nach der übereinstimmenden Aussage dieser Schiffer ist ihre Arbeit in der Hauptsache eine körperliche. Sie drehen das Steuerrad, sie müssen dreimal in der Woche beim Kohleneinladen helfen, sie beteiligen sich an der Arbeit des Deckreinigens und verrichten auch andere, der Reinhaltung des Schiffes dienende Arbeiten, wie Schornsteinmalen, Putzen der Messingteile, Tau- und Drahtspleizen usw. Auch im übrigen haben sie nach dem Ar-

beitsvertrage durchaus nicht die Stellung eines wirklichen Schiffers oder Kapitäns. Sie haben eine bestimmte Arbeitszeit von 6 bis 6 Uhr. Sie müssen von Woche zu Woche abwechselnd Tag- und Nachtschicht machen. Wenn sie einmal fehlen, haben sie einen Ersatzmann zu stellen, der 7,50 *M* pro Tag Lohn erhält. Tritt die Eisperiode ein, so machen sie Ausbesserungsarbeiten, also wiederum Arbeiten, die man einem Beamten oder Angestellten höherer Ordnung und einem wirklichen Schiffer oder Kapitän doch kaum zumuten würde. Die ganze Vorbildung der fraglichen Personen spricht endlich auch dagegen, den Ausdruck „Schiffer" auf sie anzuwenden.

Aus allen diesen Erwägungen erhellt, daß die hier in Frage kommenden Personen als eigentliche Schiffer, wie sie das Gesetz im Auge hat, nicht betrachtet werden können, daß sie vielmehr zur Schiffsbesatzung zu rechnen sind. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts in Sachen D. behandelte einen absolut anderen Tatbestand, der vor allem die Merkmale der Selbständigkeit des Schiffers aufwies und gelangte deshalb mit Recht zur Bejahung der Streitfrage. Hier liegen die Verhältnisse, wie bereits dargelegt, umgekehrt und deshalb kann auch von der Anwendung des Versicherungsgesetzes für Angestellte keine Rede sein. Sind aber die hier bezeichneten Personen nicht als Schiffer anzusehen, so fällt auch die im letzten Absatz des § 1226 RVO. enthaltene Einschränkung hinsichtlich des Jahresarbeitsverdienstes fort und sie sind dann nach Absatz 6 des zitierten Paragraphen auf jeden Fall versicherungspflichtig.

b)

Die Schiffsführer S., Sch., W. und Z. standen gegen ein Monatsgehalt von 135 bis 140, im Winter 105 *M* im Dienste der Firma H., G. m. b. H., Dampfschleppschiffahrt und Verladungsgeschäft, in St.; Sch. ist seit dem 19. Februar 1915 von neuem in den Dienst der Firma getreten.

Der Rentenausschuß hat die Versicherungspflicht der Genannten nach § 1 Abs. 1 Nr. 6 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bejaht. Gegen diesen Beschluß haben die Firma und die Schiffsführer S. und Sch. rechtzeitig Beschwerde eingelegt. — Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat die Zurückweisung der Beschwerde und innerhalb der gesetzlichen Frist die Abgabe der Sache an das Oberschiedsgericht nach § 210 Abs. 2 a. a. O. beantragt .— Nach Ansicht der Vorstände der zuständigen Landesversicherungsanstalten gehören die vier Schiffsführer zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 6 RVO. bezeichneten Personen. — Das Schiedsgericht hat sich bei Abgabe der Sache dahin ausgesprochen, daß die Beschwerden unbegründet seien. — Das Oberschiedsgericht für Angestelltenversicherung hat die Beschwerden zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Schleppdampfer der Firma, deren Führung den Genannten übertragen ist, verkehren hauptsächlich zwischen Stettin und Posen. Die Dampfer haben einen Rauminhalt von 72 bis 107 Tonnen. Die Schiffsführer besitzen das zur Führung von Binnendampfern vorgeschriebene Prüfungszeugnis. Ihre Tätigkeit besteht auf der Reise hauptsächlich in Steuerung und Führung des Schiffes, beim Laden und Löschen — falls es vorkommt und nötig ist — in der Hilfe dabei, während des Anliegens in der Empfangnahme weiterer Aufträge. Sie haben nach Weisung der Firma deren Guthaben einzuziehen, dagegen Frachtverträge nicht abzuschließen. Sie können der Firma Schiffsleute zur Annahme vorschlagen; die Bedingungen des Dienstverhältnisses (Löhnung usw.) bestimmt jedoch die Betriebsleitung.

Die Beschwerde des S. geht davon aus, daß als Angestellter nur anzusehen sei, wer Arbeiten anordne und Arbeiter zur Verfügung habe, ohne selbst mit Hand anlegen zu müssen. Von dieser Art sei seine Beschäftigung weit entfernt. Er müsse den Dampfer steuern und sogar seine Mahlzeiten am Steuerrad einnehmen; an den Haltestellen müsse er beim Ausladen helfen und sogar Kohlen karren; die Bemannung bestehe außer ihm aus dem Maschinisten, dem Heizer und einem Lehrling. Der Maschinist beziehe ebensoviel Gehalt wie der Schiffsführer und sei diesem nicht untergeordnet. Auf der Warthe und Netze seien die Schiffsführer weiter nichts als Arbeiter. Sch. macht außerdem geltend, daß die Beschäftigung als Schiffsführer keine feste Anstellung sei. Man fahre einige Zeit als Schiffsführer und werde dann wieder Bootsmann oder Steuermann oder gehe sogar zu anderen Berufen über. Die Firma endlich bestreitet, daß die Dampferführer eine gehobene Stellung einnehmen; sie hätten vielmehr nur die ihnen jeweils erteilten Aufträge auszuführen und dabei körperlich mitzuarbeiten. Auf Anfrage des Schiedsgerichts bestätigte die Firma die Richtigkeit der Ausführungen der Beschwerdeführer S. und Sch. Der Maschinist sei in der Tat dem Schiffsführer gleichgeordnet, was sich schon aus der gleich hohen Löhnung ergebe. Die Tätigkeit der hier in Frage kommenden Schiffsführer sei mit der auf den größeren Dampfern unserer großen Ströme oder gar der auf Seedampfern in keiner Weise zu vergleichen.

Die Beschwerden sind nicht begründet.

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 6 a. a. O. sind versichert aus der Besatzung deutscher Seefahrzeuge und aus der Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt Kapitäne, Offiziere des Decks- und Maschinendienstes, Verwalter und Verwaltungsassistenten sowie die in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung befindlichen Angestellten ohne Rücksicht auf ihre Vorbildung, sämtlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet. Der Ausdruck Kapitän ist dem deutschen

Binnenschiffahrtsrechte fremd. Während das Handelsgesetzbuch (§ 511) und die Seemannsordnung (§ 2) die Bezeichnung Kapitän für den Führer des Schiffes gebrauchen, nennt § 7 des Reichsgesetzes vom 15. Juni 1895 und 20. Mai 1898, betreffend die privatrechtlichen Verhältnisse der Binnenschiffahrt, den Führer des Schiffes Schiffer. Aus dem Umstand, daß das Versicherungsgesetz für Angestellte die Schiffer als eine besondere Gruppe in Nr. 6 a. a. O. nicht aufführt, ist jedoch nicht zu folgern, daß diese von der Versicherungspflicht ausgenommen sein sollten. Sie sind vielmehr entweder mit unter die Gruppe der Kapitäne oder zu den Angestellten in einer ähnlich gehobenen Stellung zu rechnen. Daß der Führer eines Binnenschiffes grundsätzlich eine ähnlich gehobene Stellung wie der Kapitän eines Seeschiffes einnimmt, ergibt sich einerseits aus dem Pflichtenkreise, der durch die Vorschriften des erwähnten Gesetzes vom 15. Juni 1895 und 20. Mai 1898 dem Schiffer auferlegt ist, andererseits aus der Gleichstellung des Schiffers mit den Betriebsbeamten, Werkmeistern usw. im Sinne des § 133a der Gewerbeordnung (§ 20 Abs. 1 des Gesetzes vom 15. Juni 1895 und 20. Mai 1898). Erwähnt sei übrigens, daß im § 1226 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung der Ausdruck „Schiffer" sowohl für Führer von Seeschiffen als auch für solche von Binnenschiffen gebraucht wird. Demgemäß hat das Oberschiedsgericht bereits in einer Entscheidung vom 22. Juli 1915 — P. 54/15 — den Führer eines Frachtdampfers, der zwischen Hamburg und Berlin verkehrt, für versicherungspflichtig erklärt. Da Schleppdampfer unstreitig zu den Schiffen im Sinne des mehrerwähnten Reichsgesetzes gehören, so bleiben nur die Einwendungen der Beteiligten zu prüfen, die darauf abzielen, daß die Stellung der Führer von Schleppdampfern auf den ostdeutschen Binnengewässern keine gehobene, die Eigenschaft eines Angestellten begründende sei. Diese Ausführungen verkennen indes einmal, daß das Versicherungsgesetz für Angestellte auf die Vorbildung grundsätzlich keinen Wert legt, sodann aber, daß auch der einfache Schiffsführer auf der Oder ein sehr erhebliches Maß von Verantwortung trägt. Der Schiffsführer ist während der Fahrt für die Einhaltung der strompolizeilichen Vorschriften verantwortlich, seine Befehle sind für die Fortbewegung des Schiffes maßgebend. Insoweit ist offenbar auch der Maschinist dem Schiffsführer untergeordnet, wenn auch ihre Gehaltsbezüge die gleichen sein mögen. Mit Rücksicht auf dieses erhebliche Maß von Verantwortung hat der Gesetzgeber anscheinend davon abgesehen, die Führer von Schiffen auf den kleineren Wasserstraßen, deren Stellung sich in der Tat der von Arbeitern stark nähert, von der Versicherungspflicht auszunehmen. Es kann deshalb auf den Umstand, daß die Schiffsführer bei vorkommenden körperlichen Arbeiten (An- und Abhängen von Kähnen, Ein- und Ausladen, Reinigen des Schiffes, Kohleneinnehmen usw.) mit Hand anzulegen haben, kein entscheidendes Gewicht gelegt werden; ebensowenig darauf, daß ein Schiffsführer bei Verlust seiner Stelle unter Umständen als Bootsmann oder Steuermann fährt oder auch zu einem anderen Berufe greifen muß. Dieser Wechsel läßt sich übrigens auch bei anderen Berufsgruppen des Versicherungsgesetzes für Angestellte je nach Lage des Arbeitsmarktes nicht immer vermeiden.

Anmerkung: Wir halten die Entscheidung des Oberversicherungsamts für unbegründet und die des Oberschiedsgerichts für gerechtfertigt. Einen Unterschied nach der Art der Beschäftigung, auf den das Oberversicherungsamt besonderes Gewicht legt, macht bei Personen der Schiffsbesatzung weder die RVO. noch das Vers.Ges. f. Angest. Die Versicherungspflicht umfaßt daher Schiffer, d. h. Schiffsführer, auch wenn sie zugleich in erheblichem Maße oder sogar überwiegend niedere körperliche Arbeiten zu verrichten haben. Auch auf ihre Vorbildung kommt es nicht an. Nur durch die Verdienstgrenze ist nach § 1226 RVO. und nach § 1 Vers.Ges. f. Angestellte die Versicherungspflicht derjenigen Personen, die gegen Entgelt mit der Führung eines Schiffes beschäftigt sind, beschränkt. Zu vgl. auch Anleitung des RVA. vom 26. April 1912, Ziff. 49, 50.

C. Zur Krankenversicherung.

Erfüllungsort der Krankenpflege ist unter Umständen auch ein vorübergehender Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirks.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 6. Juni 1916 (IIa K. 253/15).

Wie das Reichsversicherungsamt bereits mehrfach ausgesprochen hat, steht Versicherten ein im Spruchverfahren verfolgbarer Anspruch auf Krankenhauspflege nicht zu (vgl. Revisionsentsch. 1935, Amtl. Nachr. 1914 S. 818). Dies gilt auch in den sogenannten dringenden Fällen (vgl. Revisionsentsch. 2191, Amtl. Nachr. 1916 S. 478). Demnach hat ein arbeitsunfähig Erkrankter, der weder auf Anordnung des Kassenvorstandes noch mit seiner Zustimmung in ein Krankenhaus ging — diese Voraussetzungen sind hier nicht gegeben — keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für den Unterhalt im Krankenhause (vgl. Revisionsentsch. 2191). Die Klägerin kann also, entgegen

der Ansicht des Oberversicherungsamts, Ersatz der Verpflegungskosten im Krankenhause in Höhe von 450 ℳ nicht beanspruchen. Dagegen verbleibt arbeitsunfähigen Erkrankten, wie in der Revisionsentsch. 2191 gleichfalls ausgeführt ist, nach § 182 RVO. der Anspruch auf Krankengeld und Krankenpflege im allgemeinen auch dann, wenn sie eigenmächtig ein Krankenhaus aufgesucht haben. Zu prüfen ist im vorliegenden Falle indessen noch, ob dieser Anspruch hier deshalb entfällt, weil die Klägerin die Krankenhilfe außerhalb des Kassenbezirks und außerhalb ihres Wohn- und Beschäftigungsortes erhalten hat. Dabei hat der Senat in tatsächlicher Hinsicht in Uebereinstimmung mit dem Oberversicherungsamt als erwiesen angesehen, daß die Klägerin unmittelbar vor ihrer Reise nach Frankfurt im Sinne des § 182 RVO. weder krank noch arbeitsunfähig war, daß es sich bei der dort eingetretenen akuten Erkrankung um einen dringenden Fall handelte, der sofortige ärztliche Hilfe an Ort und Stelle nötig machte und ihr die Möglichkeit nahm, in den Kassenbezirk alsbald zurückzukehren. Die Reichsversicherungsordnung enthält nun, ebenso wie das Krankenversicherungsgesetz, keine ausdrücklichen Vorschriften darüber, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Krankenkasse auch für die Unterstützung eines außerhalb des Kassenbezirks sich vorübergehend aufhaltenden und dort erkrankten Mitglieds aufkommen muß. Daraus ergeben sich bei Entscheidung dieser Frage Schwierigkeiten, die namentlich darin ihren Grund haben, daß die Krankenkassen als im wesentlichen örtliche Organisationen für die Bereitstellung der Krankenfürsorge, insbesondere der ärztlichen Hilfe außerhalb des Kassenbezirks oder Kassenbereichs nicht wohl sorgen können, während andererseits Versicherte bei plötzlich auftretenden, dringenden Erkrankungen außerhalb dieses Bezirks sich der Unterstützungsmittel der Kasse unter Umständen nicht bedienen können. Anerkannt wird überwiegend, daß der Anspruch auf die Barleistungen, insbesondere das Krankengeld, den Versicherten auch bei Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirks verbleibt (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 10c zu § 182 RVO.). Dies hat auch der Senat nach der Natur dieser Leistung unbedenklich angenommen. Zweifelhaft liegt die Frage hinsichtlich der Krankenpflege. Hier wird als regelmäßiger Erfüllungsort nach der Natur des Rechtsverhältnisses (§ 269 BGB.) allerdings im allgemeinen nur der Kassenbezirk oder, außerhalb desselben, der Beschäftigungsort oder Wohnort des Versicherten gelten können (vgl. Hahn, Anm. 10a zu § 182 RVO.). Infolgedessen ist auch in der Rechtsprechung überwiegend angenommen worden, daß ein Erkrankter Anspruch auf die Krankenpflege verliert, wenn er nach eingetretener Erkrankung den Kassenbezirk verläßt (vgl. unter anderem Entsch. des Bayer. Verwaltungsger. vom 2. März 1896, Reger, Bd. 17 S. 35, des Bad. Verwaltungsger. vom 11. Juli 1895, Arb.Vers. 1905 S. 594, Württ. Verwaltungsger. vom 9. November 1910, Arb. Vers. 1911 S. 422, neuerdings auch Entsch. des Bad. Landesversicherungsamts vom 10. Juni 1915 in Ortskrankenkasse 1916 S. 507). In allen diesen Fällen kam indessen eine Umgehung der von der Kasse bereitgestellten Krankenpflege nach Eintritt des Versicherungsfalles in Frage. Anders liegt der vorliegende Fall: Die Erkrankung ist hier erst bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirks aufgetreten, ohne daß die sofortige Rückkehr dorthin möglich gewesen wäre. Eine Umgehung der von der Kasse zur Verfügung gestellten Krankenpflege lag hier demnach nicht vor. Es fragt sich also, ob trotzdem lediglich der Kassenbezirk oder Kassenbereich als Erfüllungsort zu gelten hat. Der Senat hat diese Frage verneint. Dabei war zunächst maßgebend das Fehlen einer ausdrücklichen Vorschrift in der Reichsversicherungsordnung dahingehend, daß das Versichertsein seine Wirkungen, namentlich hinsichtlich des Anspruchs auf Krankenpflege, nur innerhalb bestimmter örtlicher Grenzen äußern könne. Auch der Wortlaut des § 220 RVO. spricht dafür, daß der Gesetzgeber die Verpflichtung der Kassen, für während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Kassenbereichs Erkrankte zu sorgen, nicht grundsätzlich verneinen wollte. Endlich schreibt § 368 RVO. hinsichtlich der ärztlichen Versorgung der Kassenmitglieder vor, daß in dringenden Fällen die Bezahlung von Nichtkassenärzten von der Kasse nicht abgelehnt werden kann. Demnach ist angenommen worden, daß in Fällen der vorliegenden Art neben dem regelmäßigen Erfüllungsort (dem Kassenbezirk und Kassenbereich) auch der Aufenthaltsort der Erkrankten als Erfüllungsort, namentlich hinsichtlich der ärztlichen Behandlung in Frage kommt. In einem ähnlich gelagerten Falle hat auch der Bayerische Verwaltungsgerichtshof in einer Entscheidung vom 3. März 1902 entgegen der anderweit vertretenen Auffassung (Hahn, Kommentar zum Krankenversicherungsgesetze 2. Aufl. S. 46) die Verpflichtung der Krankenkasse zur Leistung der Krankenpflege oder zum Ersatz der von dem Erkrankten außerhalb des Kassenbezirks angewendeten Krankenpflegekosten anerkannt (zu vgl. Entsch. des Bayer. Verwaltungsger. Bd. 23 S. 189, zu vergleichen auch die Entsch. desselben Gerichtshofs vom 9. Februar 1914, Arb.Vers. 1914 S. 500). Die gleiche Auffassung wird neuerdings von Kleeis in der Volkstüml. Zeitschr. für prakt. Arbeitervers. 1916 S. 99 ff. vertreten. Endlich hat auch eine vom Reichsversicherungsamt an die Verbände der Krankenkassen gerichtete Anfrage ergeben, daß in der Praxis der Krankenkassen bei dringenden Erkrankungsfällen außerhalb des Kassenbezirks Ersatz

der Krankenpflegekosten überwiegend gewährt zu werden pflegt.

Allerdings darf die Gewährung der Krankenpflege an auswärts Erkrankte und die sich hieraus ergebende Ersatzpflicht hinsichtlich der Krankenpflegekosten nicht zu einer unbilligen Belastung der Krankenkassen führen. Es ist deshalb bei Streit auch die Angemessenheit dieser Aufwendungen nachzuprüfen.

Kriegswochenhilfe nach der Bek. v. 3. 12. 14 Kein Anspruch, wenn der Ehemann im wesentlichen erwerbstätig sein kann. — Wenn er Berufssoldat ist. — Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit. — Versichert im Sinne des § 8 sind nicht Ersatzkassenmitglieder als solche. — Ebenso nicht Wöchnerinnen, bei denen § 214 RVO. zutrifft.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts**

a) vom 14. August 1916; b) vom 31. Juli 1916; c) vom 6. Juni 1916; d) vom 6. Juni 1916; e) vom 14 August 1916 (2246, 2247, 2248, 2249, 2250 Amtl. Nachr. 1916 S. 627, 628, 630, 631, 632).

a)

Nach § 1 Nr. 1 der genannten Bekanntmachung kommen für die darin vorgesehenen Leistungen Wöchnerinnen in Betracht, wenn ihre Ehemänner in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch den Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert sind. Der Senat hat angenommen, daß auch die Dienstleistungen bei einer freiwilligen Sanitätskolonne zu den vorstehend angeführten Diensten gerechnet werden können (zu vgl. auch Krause, Kriegswochenhilfe, Anm. 12 zu § 1 der Bek.; Arb. Vers. 1915 S. 504). Aber damit allein sind die Voraussetzungen für den Anspruch auf Wochenhilfe noch nicht gegeben. Das Reichsversicherungsamt hat bereits in der Entsch. 2145 (Amtl. Nachr. 1916 S. 348) ausgeführt, daß die Voraussetzung des § 1 Nr. 1 der bezeichneten Bekanntmachung so lange nicht erfüllt ist, als der Ehemann der Wöchnerin von der Militärbehörde vorläufig entlassen und dadurch in die Lage versetzt ist, wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Denn in einem solchen Falle ist der Hauptgrund für die Gewährung der Wochenhilfe, nämlich daß der Ehemann durch den Kriegsdienst verhindert ist, seiner Familie selbst beizustehen, entfallen. Auch hier kommt es, wie bei Auslegung des Begriffs „Rückkehr in die Heimat" im § 3 des Gesetzes über Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung vom 4. August 1914, darauf an, ob der Kriegsteilnehmer in der Lage war, sein bürgerliches Leben wiederaufzunehmen (zu vgl. Entsch. 2105, Amtl. Nachr. 1915 S. 736). Die gleichen Grundsätze müssen auch vorliegend Platz greifen. Wie sich aus der Auskunft der Arbeitgeberin des Ehemanns der Wöchnerin ergibt, an deren Richtigkeit zu zweifeln kein Anlaß vorliegt, und gegen die auch von der Klägerin nichts Wesentliches vorgebracht ist, ist der Ehemann B. durch seine Dienstleistung bei der freiwilligen Sanitätskolonne nur unerheblich seiner bürgerlichen Tätigkeit — es hat sich im Laufe der drei Vierteljahre nur um etwa sechs Arbeitstage gehandelt — entzogen worden. Unter diesen Umständen konnte ein Anspruch auf Wochenhilfe nicht anerkannt werden.

b)

Nach § 1 Nr. 2 der Bekanntmachung erhalten die nicht selbstversicherten Ehefrauen von Kriegsteilnehmern Kriegswochenhilfe nur dann, wenn ihre Ehemänner vor dem Eintritt in den Kriegsdienst auf Grund der Reichsversicherungsordnung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen gegen Krankheit versichert waren. Der Anspruch steht demnach nur den Ehefrauen solcher Kriegsteilnehmer zu, die nach ihrem Berufe zu dem Kreise der krankenversicherungspflichtigen Personen gehören oder sich bei einer Kasse freiwillig versichert haben. Beides ist bei dem Ehemanne der Klägerin nicht der Fall. Er ist als Berufssoldat nicht versicherungspflichtig, da Personen des Soldatenstandes nicht zu den im § 165 Abs. 1 RVO. bezeichneten Personengruppen gehören. Ebensowenig hat er von dem Rechte der freiwilligen Weiterversicherung bei der Krankenkasse (§ 313 RVO.) Gebrauch gemacht. Seine Ehefrau kann daher Kriegswochenhilfe auf Grund der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nicht verlangen. Das widerspricht nicht der Entsch. 2084 (Amtl. Nachr. 1915 S. 662). Danach erhält die Ehefrau eines Kriegsteilnehmers Kriegswochenhilfe auch dann, wenn ihr Ehemann bei Beginn des Krieges zur Erfüllung der Wehrpflicht diente, sofern er nur vor dem Eintritt in den Militärdienst in dem im § 1 Nr. 2 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 bezeichneten Umfang versichert war. Dieser Fall unterscheidet sich wesentlich von dem vorliegenden. Wer lediglich zur Erfüllung der Wehrpflicht dient, gibt dadurch allein seinen bisherigen Beruf noch nicht auf. Sofern er in diesem gegen Krankheit versichert war, ist er auch während des Militärdienstes denjenigen Personen zuzurechnen, die nach ihrem Berufe krankenversicherungspflichtig sind. Dagegen scheidet ein Berufssoldat mit dem Eintritt in den berufsmäßigen Soldatendienst regelmäßig endgültig aus seinem bisherigen Berufe aus. Da er als Soldat nicht versicherungspflichtig ist, kann er somit auch dann, wenn er in seinem früheren Berufe gegen

Krankheit versichert war, nicht mehr zu den nach ihrem Berufe krankenversicherungspflichtigen Personen gezählt werden. Unter diesen Umständen würden die Krankenkassen unbillig belastet, wenn den Ehefrauen von Berufssoldaten, die sich nicht freiwillig weiterversichert haben, ein Anspruch auf Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 eingeräumt würde, zumal alsdann die Wochenhilfe unter Umständen auch von einer Kasse geleistet werden müßte, aus welcher der Ehemann schon vor langen Jahren ausgeschieden ist. Endlich besteht auch kein Anlaß, den Ehefrauen von Berufssoldaten, abgesehen von den minderbemittelten, im Sinne der Bekanntmachung, betreffend Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges, vom 23. April 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 478), Kriegswochenhilfe zu gewähren. Denn ihre Ehemänner erhalten als Berufssoldaten während des Krieges die gleichen Bezüge wie im Frieden und, soweit ihnen Kriegszulage gezahlt wird, sogar höhere Bezüge.

c)

Nach § 1 der mehrerwähnten Bek. des Reichskanzlers v. 3. Dezember 1914 wird Wöchnerinnen während der Dauer des gegenwärtigen Krieges aus Mitteln des Reichs eine Wochenhilfe gewährt, wenn ihre Ehemänner in diesem Kriege dem Reiche Kriegsdienste leisten oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert und wenn die in Nr. 2 a. a. O. bezeichneten Voraussetzungen gegeben sind. Streitig ist hier, ob der Ehemann der Klägerin zur Zeit ihrer Niederkunft an der „Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit“ durch seine Verwundung behindert gewesen ist. Das Versicherungsamt hat diese Voraussetzung hier deshalb als vorliegend angenommen, weil der Ehemann der Klägerin wegen der erheblichen Beschädigung seiner linken Hand durch die Kriegsverwundung seinen früheren Beruf als Dachdeckergehilfe nicht ausüben könne. Es geht dabei von der Auffassung aus, daß unter Verhinderung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit im Sinne der erwähnten Bekanntmachung die Unfähigkeit zur Wiederausübung der bisher verrichteten Erwerbstätigkeit zu verstehen sei. Diese Auslegung ist zu eng, sie widerspricht dem Zwecke und dem Wortlaut der Vorschrift. Der Zweck des § 1 a. a. O. war der, denjenigen Ehefrauen ehemaliger Kriegsteilnehmer durch die Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs eine besondere Fürsorge zuzuwenden, deren Ehemänner nicht wieder erwerbsfähig geworden und deshalb nicht in der Lage sind, im Entbindungsfalle selbst für Weib und Kind zu sorgen (zu vgl. die Bescheide des Reichsamts des Innern vom 6. August und 27. Dezember 1915, Monatsschrift für deutsche Kassenbeamte 1916 S. 47). Der Anlaß zur Gewährung dieser Beihilfe fällt also weg, wenn der Ehemann selbst eine Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen kann. Dies ist dann der Fall, wenn die Folgen der Erkrankung oder Verwundung soweit beseitigt sind, daß eine Verwertung der wiedergewonnenen Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte möglich ist. Unerheblich ist im allgemeinen also, ob der Kriegsbeschädigte nach Wiederherstellung seiner Gesundheit gerade seinen bisherigen Beruf weiter ausüben kann oder ob er zu einer anderen Tätigkeit übergehen mußte, sofern nur die tatsächliche Möglichkeit der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit gegeben ist. Diese Auslegung entspricht auch dem Wortlaut der Vorschrift. Die Wochenhilfe wird nach § 1 a. a. O. gewährt bei Verhinderung des Kriegsteilnehmers an der Wiederaufnahme „einer — nicht „seiner“ — Erwerbstätigkeit. Diese Fassung würde wohl nicht gewählt worden sein, wenn die Wochenhilfe grundsätzlich allen Ehefrauen von Kriegsteilnehmern hätte zugebilligt werden sollen, deren Ehemänner zur Fortsetzung ihrer bisherigen Berufstätigkeit nicht in der Lage waren. Die gegenteilige Auffassung würde auch zu praktisch nicht erwünschten Ungleichheiten führen. Es könnten dann die Ehefrauen von Kriegsteilnehmern, deren Ehemänner nach Wiederherstellung ihrer Gesundheit in ihre frühere Arbeitstätigkeit wieder eingetreten sind, bei Entbindung Wochenhilfe nicht beanspruchen, während sie den Ehefrauen der in der gleichen Arbeitsstätte und gegen gleichen Lohn beschäftigten Kriegsteilnehmer lediglich deshalb gewährt werden mußte, weil letztere infolge von Kriegsverwundungen und dergleichen zum Uebergang in eine andere Berufstätigkeit genötigt gewesen sind.

Der Anspruch der Klägerin auf Gewährung der Wochenhilfe ist hiernach nicht begründet; denn ihr Ehemann hat zur Zeit ihrer Enbindung, wie auch vorher und später, längere Zeit hindurch regelmäßig Lohnarbeit verrichtet und dabei einen nicht unerheblichen Verdienst erzielt. Es entspricht auch der namentlich auf dem Gebiete der Unfallversicherung gemachten Erfahrung, daß eine Handverletzung, wie sie der Ehemann der Klägerin erlitten hat, nach eingetretener Gewöhnung Erwerbsunfähigkeit nicht mehr bedingt.

d)

Nach § 1 der Bek. wird Wöchnerinnen während der Dauer des gegenwärtigen Krieges eine Wochenhilfe, insbesondere nach § 3 Nr. 4 auch Stillgeld gewährt, wenn ihre Ehemänner vor Eintritt in den Kriegsdienst auf Grund der Reichsversicherungsordnung während der im § 1 Nr. 2 bezeichneten Zeiten gegen Krankheit versichert waren. Diese Voraussetzung trifft bei dem Ehemanne der Klägerin nicht zu. Auch auf Grund des § 8 kann die Klägerin das Stillgeld nicht

beanspruchen. Nach dieser Bestimmung sind den gegen Krankheit versicherten Wöchnerinnen, die Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO., nicht aber auf Wochenhilfe nach § 1 der Bek. haben, von ihrer Kasse, auch wenn die Satzung solche Mehrleistungen nicht vorsieht, während der Dauer des Krieges die im § 3 Nr. 1, 3 und 4 bezeichneten Leistungen, gegebenenfalls also auch Stillgeld, zu gewähren. Die Anwendung des § 8 a. a. O. setzt also voraus, daß ein Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO. besteht. Einen solchen Anspruch haben aber nach § 195 Abs. 1 RVO. nur solche Wöchnerinnen, die während der dort bezeichneten Zeiten „auf Grund der Reichsversicherung" oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse versichert gewesen sind. Zu den auf Grund der Reichsversicherung versicherten Personen gehören die Mitglieder der reichsgesetzlichen Krankenkassen (§ 225 RVO.), ohne Unterschied, ob sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind. Die Mitglieder von Ersatzkassen sind als solche nicht auf Grund der Reichsversicherung versichert, sondern nur dann, wenn sie versicherungspflichtig sind oder als Versicherungsberechtigte zugleich freiwillig einer gesetzlichen Krankenkasse angehören (zu vgl. auch Schreiben des Reichsamts des Innern v. 21. Dezember 1914, „Ortskrankenkasse" 1915 S. 97; ferner Krause, Kriegswochenhilfe, Anm. 19 zu § 1 und Anm. 6 zu § 8 der Bek.). Wer, wie die Klägerin lediglich freiwilliges Mitglied einer Ersatzkasse oder eines sonstigen Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit ist, ist nicht auf Grund der Reichsversicherung versichert und hat keinen Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO. Durch § 8 der Bek. werden also nicht alle gegen Krankheit versicherten Wöchnerinnen der im § 1 der Bek. bezeichneten Gruppe gleichgestellt, sondern nur diejenigen, die der Versicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung unterliegen oder von der Versicherungsberechtigung bei einer gesetzlichen Krankenkasse Gebrauch gemacht haben (zu vgl. auch Krause a. a. O., Anm. 3 zu § 8). Die entgegengesetzte Auffassung des Versicherungsamts würde dazu führen, daß auch solchen Personen, die nach ihrer ganzen sozialen Stellung dem Kreise der nach der Reichsversicherungsordnung Versicherungspflichtigen oder -berechtigten ferne stehen, sofern sie sich irgendwie gegen Krankheit versichert hatten, Leistungen nach § 8 der Bekanntmachung gewährt werden müßten, was nicht beabsichtigt gewesen sein kann.

e)

Die Entscheidung über den Anspruch hängt davon ab, ob als gegen Krankheit versichert im Sinne des § 8 Abs. 1 der bezeichneten Bekanntmachung auch solche Wöchnerinnen zu gelten haben, die nicht mehr Kassenmitglieder sind, bei denen aber die Voraussetzungen des § 214 RVO. vorliegen. Den gegen Krankheit versicherten Wöchnerinnen im Sinne dieser Bestimmung hat die Kasse, auch wenn die Satzung solche Mehrleistungen nicht vorsieht, während des Krieges die im § 3 Nr. 1, 3 und 4 bezeichneten Leistungen aus eigenen Mitteln zu gewähren. Der Senat hat sich der vom Versicherungsamte vertretenen Auffassung nicht angeschlossen. Insbesondere hat er kein ausschlaggebendes Gewicht dem Umstand beizulegen vermocht, ob Wöchnerinnen, bei denen die Voraussetzungen des § 214 RVO. vorliegen, im Sinne dieses Gesetzes als gegen Krankheit versichert zu gelten haben. Allerdings gliedert die in Rede stehende Bundesratsverordnung sich der Reichsversicherungsordnung an. Daraus kann aber nicht entnommen werden, daß die Begriffsbestimmungen der Verordnung, soweit sie sich dem Wortlaut nach mit denen der Reichsversicherungsordnung decken, notwendig auch genau denselben Inhalt haben. Vielmehr wird man bei ihrer Auslegung, um den Willen des Gesetzgebers zu erkennen, auch die Einwirkungen anderer Gesetze berücksichtigen müssen, die die Rechtsstellung der unter dem Versicherungsschutze stehenden Personen berührt haben. Der Senat hat sich deshalb bei der Beantwortung der bezeichneten Frage von folgenden Erwägungen leiten lassen. Der Bestimmung des § 8 lag offenbar der Gedanke zu Grunde, daß es als unbillig empfunden worden wäre, wenn Mitglieder der Krankenkassen, denen bis zum Kriegsausbruche ähnliche Leistungen wie diejenigen des § 3 a. a. O. auf Grund der Kassensatzung zustanden und die dieses Anspruchs infolge der durch das Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337, Amtl. Nachr. 1914 S. 628) erfolgten Beschränkung der Kassenleistungen auf die Regelleistungen verlustig gegangen waren, nunmehr nach Erlaß dieser Bekanntmachung schlechter gestellt sein würden als der ihnen wirtschaftlich gleichstehende Personenkreis des § 1 der Bekanntmachung. Es wurde daher durch § 8 a. a. O. erneut ein Anspruch auf die „Mehrleistungen" der Wochenhilfe geschaffen. Dagegen fehlt es an jedem Anhalt für die Annahme, daß durch diese Bestimmung eine Erweiterung der Kassenleistungen auch für solche Personen beabsichtigt gewesen sei, die vor Erlaß des Gesetzes vom 4. August 1914 nach ausdrücklicher Vorschrift der Reichsversicherungsordnung überhaupt nur einen Anspruch auf die Regelleistungen hatten, wie dieses hinsichtlich derjenigen Personen, bei denen die Voraussetzungen des § 214 vorliegen, der Fall ist. Diese Auffassung wird auch durch die Auskunft des Reichsamts des Innern vom 1. Januar 1915 (zu vgl. „Die Krankenversicherung", 3. Jahrg. S. 9), das beim Erlasse dieser Bekanntmachung hervorragend

beteiligt gewesen ist, bestätigt. Der Senat hat hiernach die in Rede stehende Frage verneint. Die Annahme des Versicherungsamts, daß die vom Senate vertretene Ansicht zu Härten führen würde, weil die Wöchnerinnen in den seltensten Fällen bis zum Augenblick der Niederkunft in der versicherungspflichtigen Beschäftigung verbleiben würden, ist unzutreffend, da es ihnen unbenommen ist, die Versicherung freiwillig fortzusetzen und sich dadurch den Anspruch zu erhalten (zu vgl. auch Entsch. 2202, Amtl. Nachr. 1916 S. 515).

Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen.

Verordnung des **Fürstl. Staatsministeriums in Detmold** vom 10. Oktober 1916 (Amtsbl. für das Fürstentum Lippe Nr. 123).

Auf Grund des § 363 Abs. 2 und § 413 Abs. 2 RVO. wird folgendes bestimmt:

§ 1. Den Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen (RVO. § 225) wird die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen der Kassenvereinigungen (RVO. § 414) unter den nachstehenden Voraussetzungen gestattet:

1. Die Versammlungen dürfen nur den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen.
2. Die Kassen dürfen zu den Versammlungen der Kassenvereinigungen innerhalb des Fürstentums Lippe drei Vertreter (je einen Arbeitgeber, Versicherten und Angestellten) und außerhalb des Fürstentums einen Vertreter entsenden. Das Oberversicherungsamt kann im einzelnen Fall auf Antrag die Entsendung einer größeren Anzahl von Vertretern gestatten.
3. Als Entschädigung für den Besuch der Versammlungen erhalten die Vertreter die ihnen in ihrer Eigenschaft als Mitglieder der Organe oder als Angestellte der Kasse zustehenden Bezüge.
4. Die Krankenkassen haben dem Versicherungsamte von der Entsendung der Vertreter vorher unter Beifügung der Einladung und Angabe der Beratungsgegenstände Anzeige zu erstatten.

§ 2. Das Oberversicherungsamt kann den Kassenverbänden (RVO. § 406) die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen der Kassenvereinigungen, die den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen, gestatten, wenn mehr als die Hälfte der dem Kassenverband angeschlossenen Krankenkassen zugleich Mitglieder der Kassenvereinigungen sind.

§ 3. Die Verwendung von Kassenmitteln der Krankenkassen und Kassenverbände zum Besuch von anderen als vorstehend bezeichneten Versammlungen bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts.

§ 4. Zur Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen außerhalb des Deutschen Reiches ist die Genehmigung des Staatsministeriums erforderlich.

Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 418 (§ 435) RVO. wirkt auch gegenüber anderen Kassen.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 17. Juni 1916 (2238 Amtl. Nachr. 1916 S. 594).

Für die Versicherung der hier in Frage kommenden Dienstboten war während ihres Aufenthalts in Bad H. an sich die dortige Allgemeine Ortskrankenkasse zuständig. Eine mehrmonatige Tätigkeit der Dienstboten an einem Orte, an dem die Herrschaft eigenen Haushalt führt, erfüllt nicht den Begriff einzelner Arbeiten von geringer Dauer im Sinne des § 153 Abs. 2 RVO. Es verbleibt vielmehr in solchen Fällen bei der Regel des § 153 Abs. 1, wonach als Beschäftigungsort derjenige Ort gilt, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet (zu vgl. Entsch. 1942, Amtl. Nachr. 1914 S. 828). Es fragt sich weiter, ob die Befreiung auf Grund der §§ 418, 435 RVO. durch die Allgemeine Ortskrankenkasse B. auch gegenüber der Allgemeinen Ortskrankenkasse Bad H. rechtswirksam ist. Schon der Wortlaut des § 418, wonach es sich um eine Befreiung von der Versicherungspflicht, nicht um eine solche von der Zugehörigkeit der Kasse handelt, spricht für die Bejahung der Frage. Auch die Entstehungsgeschichte der Vorschrift bestätigt diese Auffassung. Der Entwurf der Reichsversicherungsordnung hatte in Aussicht genommen, ebenso wie nach § 3a des Krankenversicherungsgesetzes eine Befreiung der Versicherten allgemein zu gestatten und sie nicht nur auf landwirtschaftliche Arbeiter und Dienstboten zu beschränken. Eine solche Vorschrift, welche die Voraussetzungen des § 418 Abs. 2 Nr. 1 und 2 RVO. enthielt, war als Nr. 2 im § 186 des Entw. (§ 173 des Gesetzes) vorgesehen. Dort wurde sie aber gestrichen (Kommissionsber. II S. 28 ff.). Da sie sich jedoch für die landwirtschaftlichen Arbeiter als unerläßlich erwies, wurde sie für diese in § 418 aufgenommen. Sie wurde dann auch auf die Dienstboten für anwendbar erklärt. Hiernach besteht also zwischen § 173 und §§ 418, 435 ein innerer Zusammenhang. Unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes konnte es kaum zweifelhaft sein, daß eine Befreiung nach § 3a KVG. nicht nur für die Kasse galt, deren Vorstand entschieden hatte (zu vgl. Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz 1904 Anm. 1 zu § 3a; Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz 1908 Anm. 1 zu § 3a). Zwar vertrat das Königliche Kammergericht in einer Entscheidung vom 18. Okt. 1901 (abgedr. in Arb.Vers. 1902 S. 376) eine abweichende Ansicht. Es nahm an, daß ohne eine besondere Vorschrift des Gesetzes der Beschluß einer Kasse eine andere Kasse nicht binden könnte. Diese Begründung war aber, wie a. a. O. im Nachsatz der Schriftleitung zutreffend hervorgehoben ist,

im Hinblick auf den Wortlaut und das System des Gesetzes nicht für überzeugend zu erachten. Im gleichen Sinne wie § 3a KVG. werden die Vorschriften des § 173 RVO. und der §§ 418, 435 RVO. ausgelegt werden müssen. Daher muß auch eine Befreiung auf Grund der §§ 418, 435 nicht nur gegenüber der Kasse, welche über den Antrag entschieden hat, sondern auch gegenüber anderen Kassen rechtswirksam sein (zu vgl. Hoffmann, Kommentar 5. Aufl. Anm. 4 zu § 418; Hahn, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl., Anm. 3 zu § 175 Stier-Somlo, Kommentar, Anm. 2d zu § 175; anderer Meinung aber ohne Begründung, nur Manes, Krankenversicherung S. 31 Anm. zu § 175).

Anmerkung: Der Schriftleitung sind mehrere Zuschriften zugegangen in denen auf den Widerspruch der vorstehenden Entscheidung mit unserer Auskunft im Heft 28 S. 671 Ziff. 2 hingewiesen wird. Wir haben daher Herrn

Geheimen Justizrat Hahn

um eine Aeußerung ersucht. Er schreibt uns:

Ich halte die Entscheidung des Reichsversicherungsamts für ganz zweifelsfrei. Die Auskunft S. 671 dagegen kommt auf Grund einer an sich richtigen Erwägung dennoch zu einem irrigen Ergebnis, weil sie die vom Reichsversicherungsamt hervorgehobene Wirkung der Befreiung außer acht läßt. Handelt es sich im § 418 (§ 435) RVO. um Befreiung von der Versicherungspflicht überhaupt, so daß die Entscheidung (§ 418 Abs. 3 mit § 175) auch gegenüber anderen Kassen wirkt, so kann der Wechsel der Kassenzuständigkeit für sich allein nicht hinreichen, die Befreiung hinfällig zu machen, und es kann daher nicht, wie die Auskunft meint, einer Wiederholung des Befreiungsantrags bei der neuen Kasse bedürfen. Mit Recht aber weist die Auskunft darauf hin, daß der Rechtsanspruch des Befreiten an den Arbeitgeber den Leistungen der zuständigen Kasse gleichwertig sein muß und daß hierin durch den Wechsel der Kassenzuständigkeit eine Aenderung eingetreten sein könne. Es fragt sich nur, was daraus folgt, wenn sich ergibt, daß der Anspruch des Befreiten den Leistungen der neuen Kasse tatsächlich nicht mehr gleichwertig ist.

Eine der mir vorgelegten Zuschriften geht ersichtlich davon aus, daß auch dies ohne Belang sei und die einmal ausgesprochene Befreiung in keiner Weise berühre, „da nach § 419 RVO. die Geltungsdauer der Befreiung sich mit der Dauer des Dienstvertrages deckt und vorher nur erlöschen kann in den § 419 selbst bezeichneten beiden Fällen. Gerade daraus aber, daß diese einzeln aufgeführt sind, kann nur der Schluß gezogen werden, daß damit die Ausnahmen erschöpfend aufgezählt sein sollten und daß daher die Vorschrift zwingender Natur ist."

Diese Ausführung ist unrichtig und wird insbesondere auch durch die Entscheidung des Reichsversicherungsamts, das gar keinen Anlaß hatte, sich mit dieser Frage zu beschäftigen und sie daher auch garnicht berührt hat, nicht gestützt. Der erste Satz des § 419 besagt, daß die Befreiung „nur" für die Dauer des Arbeitsvertrags, d. h. nicht länger gilt. Daß sie nicht schon vorher erlöschen könne, folgt daraus nicht. Der zweite Satz spricht dann aus, daß die Befreiung schon vorher erlischt, „wenn der Arbeitgeber seine sämtlichen Befreiten zur Kasse anmeldet, oder wenn das Versicherungsamt von selbst oder auf Antrag eines Befreiten feststellt, daß der Arbeitgeber nicht leistungsfähig ist". Daß der Gesetzgeber diese beiden Fälle besonders erwähnt und behandelt hat, hat gute Gründe. Die Anmeldung der sämtlichen Befreiten durch den Arbeitgeber hat die Bedeutung, einer Zurücknahme des Antrags aus § 418, und man hat aussprechen wollen, daß diese einseitige Erklärung rechtswirksam sein und das sofortige Erlöschen der Befreiung zur Folge haben soll. Die Prüfung der Frage aber, ob die Leistungsfähigkeit fortdauernd sicher ist, hat man, wenn die Befreiung einmal ausgesprochen war, dem Versicherungsamt übertragen, um durch dessen Feststellung eine sichere Grundlage für den Wegfall dieser Voraussetzung zu schaffen und zugleich den Zeitpunkt des Erlöschens der Befreiung außer Zweifel zu stellen: sie erlischt nicht schon mit dem (zeitlich unsicheren) Wegfall der Leistungsfähigkeit, sondern erst mit der Entscheidung des Versicherungsamts. Daraus, daß das Gesetz für diese zwei Fälle eine besondere Regelung für notwendig erachtet und getroffen hat, folgt aber nimmermehr, daß im übrigen die Befreiung nicht schon vor Ablauf des Arbeitsvertrages hinfällig werden könne. Es ist vielmehr selbstverständlich, daß, wenn eine Voraussetzung der Befreiung nachträglich wegfällt, die Befreiung zwar nicht — wie in den beiden erörterten Fällen — von selbst sofort erlischt, daß sie aber vom Kassenvorstande zu widerrufen ist. Dies habe ich im Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 3 zu § 418, näher ausgeführt. Man stelle sich vor, daß alsbald, nachdem die Befreiung vom Kassenvorstande bewilligt ist, der Arbeitgeber mit dem Befreiten in zivilrechtlich zulässiger Weise eine Minderung des Rechtsanspruchs auf Krankenunterstützung vereinbart. Soll da nicht der Kassenvorstand zu einer erneuten Prüfung der Sachlage und zum Widerruf der Befreiung berechtigt und verpflichtet sein, wenn er findet, daß der Rechtsanspruch jetzt nicht mehr den Leistungen der Kasse gleichwertig ist, wie § 418 vor allem voraussetzt? Die Absicht des Gesetzes würde vereitelt sein, wenn man dies verneinen wollte. Und dasselbe hätte zu gelten, wenn die Gleichwertigkeit des Unterstützungsanspruchs gegen den Arbeitgeber mit den Leistungen der zuständigen Kasse dadurch wegfiele, daß diese Leistungen nach der Bewilligung der Befreiung durch Satzungsänderung erhöht werden. Genau entsprechend aber liegt der Fall, wenn durch eine Aenderung des Beschäftigungsorts des Befreiten für ihn eine andere Krankenkasse zuständig wird, die andere, im ganzen höherwertige Leistungen gewährt, als die bisher zuständige Kasse. Dadurch ist die Fortdauer der allerersten Voraussetzung der Befreiung in Frage gestellt, daß nämlich der Unterstützungsanspruch gegen den Arbeitgeber den Leistungen der (jetzt) zuständigen Kasse gleichwertig sein muß. Die neue Kasse hat daher, von Amtswegen oder auf eine Anregung hin, in eine erneute Prüfung dieser Frage einzutreten und gegebenenfalls die Befreiung zu widerrufen. Dies ist natürlich etwas anderes als das, was die im Eingang erwähnte Auskunft besagt: Weder die Aenderung der Kassenzuständigkeit für sich allein, noch die bloße Tatsache, daß die neue Kasse höherwertige Leistungen gewährt, sondern erst die Feststellung des Vorstandes der neuen

Kasse, daß die Gleichwertigkeit zwischen dem Unterstützungsanspruch gegen den Arbeitgeber und den Leistungen der zuständigen Kasse weggefallen ist, und der hierauf gegründete Widerruf der Befreiung bewirkt deren Wegfall. Der Widerruf ist eine Entscheidung, die praktisch und rechtlich der Ablehnung gleichsteht und gegen die daher Beschwerde nach § 418 Abs. 3 RVO. stattfindet.

Wesen der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers bei Befreiungsanträgen nach §§ 418, 435 Reichsversicherungsordnung.

Entsch. des Oberversicherungsamts Wiesbaden vom 29. August 1916.

Ein Landwirt hatte Befreiung seines Dienstmädchens von der Versicherungspflicht nach §§ 418, 435 RVO. beantragt und sich zum Nachweis seiner Leistungsfähigkeit hinsichtlich des dem Dienstmädchen für den Erkrankungsfall eingeräumten Unterstützungsanspruchs auf sein Einkommen, auf sein Kapitalvermögen und auf den Wert seines schuldenfreien Grundstücks bezogen.

Die Kasse wies den Antrag ab. Auch die Beschwerde bei dem Versicherungsamt und die weitere Beschwerde beim Oberversicherungsamt hatten keinen Erfolg. Das letztere führte aus:

Das Gesetz gibt Anspruch auf Befreiung, sobald die Leistungsfähigkeit des Antragstellers sicher ist. Sicher ist die Leistungsfähigkeit nur dann, wenn der Arbeitgeber nach seinen Einkommens- und Vermögensverhältnissen jederzeit alsbald in der Lage ist, den erkrankten Dienstboten eine den Leistungen der Krankenkasse gleichwertige Unterstützung zu gewähren. Das kann im vorliegenden Falle nicht bejaht werden, denn nach amtlicher Auskunft hat der Beschwerdeführer nur ein jährliches Einkommen von 1096 M, von dem er die je nach Lage des Krankheitsfalles recht erheblichen Aufwendungen für den Dienstboten zweifellos nicht bestreiten könnte. Auch das geringe Kapitalvermögen von 1500 M bietet hierfür keine ausreichende Gewähr, weil nicht vorausgesehen werden kann, ob es im Bedarfsfalle vorhanden ist. Das 18000 M betragende Grundvermögen kann demgegenüber nicht ins Gewicht fallen, weil es für die stets sofort gewährende Krankenunterstützung nicht flüssig gemacht werden kann.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Einrichtung der Quittungskarten für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Vom 12. Oktober 1916 (RGBl. S. 1167).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 1416 RVO. beschlossen:

Die durch die Bekanntmachung über die Einrichtung der Quittungskarten für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie das Entwerten und Vernichten der Beitragsmarken und der Zusatzmarken vom 10. November 1911 (RGBl. S. 937) unter I getroffenen Bestimmungen über die Einrichtung der Quittungskarten werden unbeschadet des Verbrauchs vorhandener Vorräte durch die folgenden Vorschriften ersetzt:

1. Die Quittungskarten sind für die Pflichtversicherung in gelber Farbe und für die Selbstversicherung in grauer Farbe nach den durch die Bekanntmachung vom 10. November 1911 vorgeschriebenen Mustern A und B aus Zellstoff herzustellen. Der Stoff muß eine mittlere Reißlänge von 4000 Metern und eine mittlere Dehnung von 3 vom Hundert haben, darf nur schwach geglättet angefertigt werden und muß im Geviertmeter ein Gewicht von 270 Gramm bis 290 Gramm, im Durchschnitt 280 Gramm aufweisen.

   In der Färbung müssen die Karten den im Reichsversicherungsamte niedergelegten Mustern entsprechen. Metanilgelb und ähnliche säureempfindliche gelbe Farbstoffe dürfen nicht verwendet werden.
2. Für die Selbstversicherung und ihre Fortsetzung (§ 1243 a. a. O.) sind besondere Quittungskarten von grauer Farbe wie bisher zu verwenden. Wer hierfür gelbe Quittungskarten unbefugt verwendet, kann, sofern nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften eine härtere Strafe eintritt, vom Versicherungsamte mit einer Ordnungsstrafe bis zu zwanzig Mark belegt werden.
3. Personen, für die früher auf Grund der Versicherungspflicht Beiträge entrichtet worden sind, dürfen auch im Falle der Selbstversicherung nur gelbe Quittungskarten verwenden.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Als versichert im Sinne des § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 gilt nicht eine Wöchnerin, bei der nur § 214 RVO. zutrifft.

Dies hat das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 14. August 1916 (2250 Amtl. Nachr. 1916 S. 632) angenommen. Die Frage ist zweifelhaft und streitig. Wir haben uns im Heft 28 S. 671 Ziff. 1 im entgegengesetzten Sinne ausgesprochen; ebenso Sonderhoff in Arb.Vers. 1915 S. 718, Krause, Kriegswochenhilfe, I S. 95 Anm. 7 zu § 8, und das Oberversicherungsamt Posen („Betriebskrankenkasse" 1916 S. 167); dagegen Hoffmann in „Krankenversicherung" 1914 S. 186.

Wir werden die Entscheidung des Reichsversicherungsamts, die nunmehr wohl die Praxis der Kassen und der Behörden leiten wird, nächstens veröffentlichen.

Zum Berliner Abkommen

veröffentlichen die fünf großen Krankenkassenverbände folgendes:

Das Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Aerzten, das sogen. Berliner Abkommen, trägt bei richtiger Auslegung und Durchführung den Verhältnissen und Interessen der Krankenkassen durchaus Rechnung. Die Kassen sind bestrebt, das Abkommen aufrechtzuerhalten. Die unterzeichneten Verbände fordern deshalb die Kassen allenthalben wiederum auf, zu dem Arzthonorar für den Abfindungsfonds einen Zuschlag von jährlich 5 Pf. für jeden Versicherten zu bewilligen, den Abzug von jährlich 10 Pf. für jeden Versicherten von dem Arzthonorar zu bewirken und diese Beträge an die Königliche Seehandlung in Berlin Conto Nr. B. 83 004: Beiträge für Arztabfindungen unter Verwendung der übermittelten Vordrucke abzuführen. Die Nichtabführung trifft nicht die Aerzte, sondern die zahlenden Kassen.

Auf der anderen Seite müssen die Krankenkassen unberechtigten, im Berliner Abkommen nicht begründeten Forderungen der Aerzte entschieden entgegentreten. Die Aerztekreise versuchen immer wieder, einen gewissen Druck auf die Krankenkassen auszuüben und sie zur Anerkennung solcher Forderungen zu zwingen. Die Kassenverbände mahnen die Krankenkassen dringend, solchem Druck unter keinen Umständen nachzugeben.

Hinsichtlich des Inhaltes des Berliner Abkommens bemerken wir folgendes:

Das Berliner Abkommen erhält den bisherigen Besitzstand der verschiedenen Arztsysteme. Die Einführung der freien Arztwahl gegen den Willen der Kasse ist daher abzulehnen.

Bei der Bezahlung der Aerzte sind übertrieben hohe Pauschsätze zurückzuweisen. Unbedingt zu verwerfen ist die Forderung, das Gesamthonorar an die Aerztevereinigungen zu zahlen zur Verteilung an die einzelnen Aerzte.

Das Berliner Abkommen geht von dem Einzelvertrage aus. Der Vertragsschluß mit örtlichen Aerztevereinigungen — Kollektivvertrag — kann daher nicht verlangt werden, gleichviel welches Arztsystem in Frage kommt. Die Verantwortung, die die einzelnen Aerzte der Krankenkasse gegenüber haben, wird nur durch den Einzelvertrag gesichert. Aus diesem Grunde dürfen auch im Berliner Abkommen nicht bezeichnete Verwaltungs-, Prüfungs- oder andere Ausschüsse, die zur Durchführung des Arztvertrages für zweckmäßig erachtet werden, nur im beiderseitigen Einvernehmen vorgesehen werden. Hierbei ist davon auszugehen, daß sie im Sinne des Berliner Abkommens grundsätzlich paritätisch zusammengesetzt sein sollen.

Die unterzeichneten Krankenkassen-Hauptverbände ersuchen die Kassen, sie alsbald davon zu benachrichtigen, wenn solche oder andere, dem Berliner Abkommen widersprechende Forderungen erhoben werden, namentlich wenn dabei irgend ein Zwang oder eine Drohung zum Ausdruck kommt. Weiter werden die Kassen ersucht, ihre Verbände über die Forderungen der Aerzte vor jedem Vertragsabschluß zu unterrichten.

Hierauf haben der Geschäftsausschuß des deutschen Aerztevereinsbundes und der Vorstand des Verbandes der Aerzte Deutschlands gemeinsam folgende Antwort erteilt:

Seit Abschluß des Einigungsabkommens zwischen Krankenkassen- und Aerzteverbänden vom 25. Dezember 1913 haben der Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen zu Dresden, der Hauptverband Deutscher Betriebskrankenkassen zu Essen, der Gesamtverband Deutscher Krankenkassen zu Essen und der Verband Deutscher Innungskassen zu Hannover, denen sich neuerdings, nach seinem Beitritt zum Abkommen, auch der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen zu Berlin angeschlossen hat, in der Oeffentlichkeit wiederholt Erklärungen erlassen, die weder mit dem Geiste noch mit dem Inhalte des Friedensabkommens in Einklang gebracht werden können. Wir, als die Vertragschließenden auf seiten der Aerzte, haben bisher dazu geschwiegen, weil uns die jetzigen Zeiten zur öffentlichen Erörterung und zur Durchführung derartiger Streitigkeiten ganz und gar ungeeignet erscheinen, und weil wir die Hoffnung nicht aufgeben wollten und wollen, schließlich doch noch zu einem friedlichen Zusammenarbeiten von Kassen- und Aerzteorganisationen zu gelangen. Neuerdings veröffentlichen aber die genannten fünf Kassenhauptverbände trotz des Burgfriedens wiederum eine Erklärung, die uns nun doch zwingt, auch unsererseits öffentlich das Wort zu ergreifen. Denn diese Erklärung ist durchaus irreführend und kann nur dazu dienen, von neuem Zank und Streit auch da zu entfachen, wo endlich friedliche Verhältnisse geschaffen sind. Wir erklären deshalb der deutschen Aerzteschaft folgendes:

Das Berliner Abkommen soll nicht, wie die Kassen in ihrer neuerlichen Aeußerung behaupten, einseitig den Verhältnissen und Interessen der Krankenkassen dienen, sondern es soll Licht und Schatten gleichmäßig verteilen und den Verhältnissen und Interessen beider Parteien, der Krankenkassen und der Aerzte, gerecht werden.

Wenn die fünf Kassenverbände jetzt die Krankenkassen erneut auffordern, den 5-Pfennig-Zuschlag gemäß Ziffer 11 des Berliner Abkommens zu zahlen, so ist dabei der gute Wille wohl anzuerkennen. Dagegen müssen die deutschen Aerzte wissen, daß ein hervorragendes Vorstandsmitglied

des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen den Krankenkassenvorständen Berlins unverblümt anempfohlen hat, den Zuschlag nicht zu bewilligen. Der Aufforderung der Kassenhauptverbände kommt deshalb nur ein bedingter Wert zu, wie ja auch in der Tat eine nicht geringe Zahl von Krankenkassen-Unterverbänden die Anerkennung des Berliner Abkommens ablehnen. Von den vorhandenen 10 724 Krankenkassen haben 1833 den Zuschlag bewilligt, und von den 8891, die das Abkommen anerkannt haben, sind zum Teil auch noch Vorbehalte gemacht und ist der Zuschlag nur auf ein oder zwei Jahre bewilligt worden.

Sofern irgendwo Aerzte Forderungen erhöben, die im Berliner Abkommen nicht begründet sind, würden wir dem mit Entschiedenheit entgegentreten. Bisher ist uns aber noch nicht ein einziger Fall bekannt geworden, der die Kassenverbände zu einer solchen Behauptung berechtigte. Auch wissen die Kassenverbände sehr genau, daß das Berliner Abkommen, das zur Erledigung von Vertragsstreitigkeiten obligatorische Schiedsämter vorsieht, die Aerzte daran hindern würde, einen Druck auf die Kassen auszuüben und sie zur Anerkennung unberechtigter Forderungen zu zwingen.

Das Berliner Abkommen ist kein Tarifvertrag, es ist lediglich ein Abkommen über das Verfahren, das anzuwenden ist, wenn Kassenarztverträge ablaufen oder gekündigt werden und neue abzuschließen sind. Ueber Besitzstand, Kassenarztsystem und Inhalt der kassenärztlichen Verträge selbst besagt es nichts, nur schreibt es vor, daß bei der Festsetzung der Honorare die örtlichen Verhältnisse, die Leistungsfähigkeit der Kassen und die Ansprüche der Aerzte berücksichtigt werden sollen, und daß der Kassenarztvertrag ein paritätisches Schiedsgericht vorzusehen hat für die Beilegung von Streitigkeiten, die aus seiner Durchführung entstehen. Am allerwenigsten enthält es aber eine Bestimmung über die Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse, die mit der Kontrolle rein ärztlicher Tätigkeit der Kassenärzte zu beauftragen sind. Ausschüsse, die lediglich ärztliche Sachverständigentätigkeit ausüben, wie Rechnungs-, Arzneiverordnungs- und Nachuntersuchungs-Kommissionen, können selbstverständlich nur aus Aerzten, und niemals paritätisch aus Aerzten und Kassenvertretern zusammengesetzt werden. Auch bleibt es den Kassenärzten unbenommen, die Verteilung des Honorars, das sie insgesamt und gemeinsam beziehen, allein und so vorzunehmen, wie es ihnen beliebt, und sie können selbstverständlich damit auch ihre Vereinigungen beauftragen.

Nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamtes können die Krankenkassen die ärztliche Behandlung auch im Benehmen mit ärztlichen Vereinigungen, Standeseinrichtungen oder deren Bevollmächtigten regeln und die freie Arztwahl in dem Sinne einführen, daß sie sämtlichen Aerzten eines Bezirks Rechte und Pflichten zur ärztlichen Behandlung der Kassenmitglieder auf Grund eines mit einer solchen Organisation abgeschlossenen allgemeinen Arztvertrages übertragen. Darüber hinaus gibt das Berliner Abkommen den Krankenkassen das Recht, bei jeder Form kassenärztlicher Versorgung den Abschluß eines Einzel- oder kassenärztlichen Dienstvertrages zu verlangen, es nimmt den Aerzten aber nicht das Recht, daneben einen Kollektivvertrag zu fordern. Wo ein solcher bisher bestand, würde seine Beseitigung eine Aenderung des kassenärztlichen Systems bedeuten, die die Kassen nur durchsetzen können, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Wo freie Arztwahl neu eingeführt wird, ist es eine Frage der Zweckmäßigkeit und nach den örtlichen Verhältnissen und der historischen Entwicklung zu entscheiden, ob neben dem Einzelvertrag noch ein Kollektivvertrag oder nur Einzelvertrag oder nur Kollektivvertrag empfehlenswert ist. Bei Meinungsverschiedenheiten darüber hat niemals die Kasse allein zu befinden, es entscheidet auch in solchem Falle schließlich das Schiedsamt.

Wir warnen die Aerzte, sich durch die Erklärungen und Drohungen der Kassenverbände einschüchtern und davon abhalten zu lassen, die Anerkennung der von der deutschen Aerzteschaft auf allen deutschen Aerztetagen aufgestellten Vertragsbedingungen zu fordern. Sie haben sich nur streng an das Berliner Abkommen zu halten und in allen Fällen von Vertragserneuerungen die Instanzen des Berliner Abkommens und nötigenfalls die Entscheidung der in diesem vorgesehenen Schiedsämter anzurufen.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften im Jahre 1915.

Das wirtschaftliche Leben und Treiben wird kaum besser irgendwo ziffernmäßig zum Ausdruck gebracht, als in den Berichten der Berufsgenossenschaften. Diese dürften daher jetzt in der Kriegszeit ein ganz besonderes Interesse beanspruchen. Sind doch auch diese Berichte meist sehr ausführlich gehalten und mit ausführlichen Tabellen versehen. Sie zeigen, daß die Unfallversicherung kaum weniger unter den Kriegswirkungen zu leiden hatte, als die anderen Versicherungszweige. Infolge der versicherungstechnischen Konstruktion der Unfallversicherung (Umlageverfahren), nahmen die verhältnismäßigen Lasten der Versicherungsnehmer, d. h. der Arbeitgeber, allenthalben zu. Auch sonst zeitigte der Krieg manche bemerkenswerte Veränderungen in der Durchführung der Unfallversicherung.

Die Zahl der Versicherten und die Summe der für die Umlagen in Berechnung zu ziehenden Löhne hängt ganz besonders von den wirtschaftlichen Verhältnissen ab, unter denen der für die Berufsgenossenschaft zuständige Industriezweig stand. Verhältnismäßig gut war in dieser Richtung die Lage im Bergbau. Bei der Sektion Bochum der Knappschaftsberufsgenossenschaft verminderte sich von 1913 auf 1915 die Zahl der Beschäftigten von 401 042 auf 288 308, die Gesamtsumme der gezahlten Löhne von 746 auf 573 Millionen Mark. Der Lohn der Versicherten erhöhte sich in dieser Zeit von durchschnittlich 1862 auf 1987 ℳ. Bei der Bekleidungsindustrie-Berufsgenossenschaft wurden von Kriegsausbruch bis Ende 1915 zusammen 981 Betriebslöschungen vorgenommen und 1147 vorübergehende Betriebseinstellungen gemeldet. Die Summe der anrechnungsfähigen Löhne verminderte sich von 330 Millionen Mark im Jahre 1913 auf 287 Millionen Mark im Jahre 1914 und 256 Millionen Mark im Jahre 1915. Die Zahl der Versicherten verminderte sich von 358 852 im Jahre 1913 auf 291 727 im Jahre 1915. Bei der Berufsgenossenschaft für die chemische Industrie verminderte sich die Zahl der versicherten Betriebe nur von 15 042 im Jahre 1913 auf 14 914 im Jahre 1915, die Zahl der Vollarbeiter von 277 629 auf 219 646. Die Summe der wirklich gezahl-

ten Löhne ging von 367 Millionen Mark auf 309 Millionen Mark zurück. Verhältnismäßig günstig war auch die Situation noch in der Eisen- und Stahlindustrie. Bei der Rheinisch-Westfälischen Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft verminderte sich die Zahl der Beschäftigten nur von 212 129 im Jahre 1913 auf 190 140 im Jahre 1915. Die Durchschnittslöhne pro Versicherten erhöhten sich von 1741 auf 1961 ℳ. Etwas mehr hatte die Sächsisch-Thüringische Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft zu leiden, bei der die Arbeiterzahl von 195 306 im Jahre 1913 auf 149 037 im Jahre 1915 zurückging. Die Löhne erhöhten sich nur von durchschnittlich 1277 auf 1325 ℳ für jeden Beschäftigten. Bei der Brauerei- und Mälzereiberufsgenossenschaft verminderte sich die Zahl der Betriebe von 8842 im Jahre 1913 auf 8405 im Jahre 1915. Die durchschnittliche Arbeiterzahl ging von 117 024 auf 82 013, die Summe der gezahlten Löhne von 164 auf 121 Mill. Mark zurück. Die Nahrungsmittelindustrieberufsgenossenschaft berichtet von einer Zunahme der Betriebe um rund 3500 gegenüber dem Jahre 1915. Dagegen verminderte sich auch bei ihr die Zahl der Vollarbeiter von 284 025 im Jahre 1913 auf 242 860 im Jahre 1915. Die gezahlten Löhne verminderten sich in derselben Zeit von 234 auf 216 Mill. Mark. Bei der Berufsgenossenschaft der Molkerei-, Brennerei- und Stärke-Industrie ging die Zahl der Betriebe von 9458 im Jahre 1913 auf 8578 im Jahre 1915 zurück. Die Zahl der Vollarbeiter verminderte sich von 56 004 auf 46 092, die Summe der gezahlten Löhne von 56 auf 51 Millionen Mark. Interessante Feststellungen über die wirtschaftlichen Wirkungen des Krieges hat die Lederindustrie-Berufsgenossenschaft gemacht. Von 1913 auf 1915 verminderten sich in der Lederherstellung die Betriebe von 2142 auf 1859, die Vollarbeiter von 46 901 auf 38 648. Dagegen vermehrten sich in der gleichen Zeit in der Lederverarbeitung die Betriebe von 1948 auf 2154, die Vollarbeiter von 14 386 auf 35 940. In beiden Gruppen stiegen die Durchschnittslöhne, und zwar von 1313 auf 1420 ℳ bzw. 1250 auf 1500 ℳ.

In höherem Maße hatten vor allem die Berufszweige zu leiden, die nicht vom Kriegsbedarf berührt wurden oder die unter Rohstoffmangel zu leiden hatten. Bei der Magdeburgischen Baugewerksberufs-Genossenschaft verminderten sich von 1913 auf 1915 die Löhne von 52 auf 26 Mill. Mark. Die Sächsische Baugewerksberufs-Genossenschaft gibt an, daß die Summe der gezahlten Löhne von 139 Millionen Mark im Jahre 1913 auf 56 im Jahre 1915 zurückging. Die Zahl der versicherten Arbeiter verminderte sich von 132 118 auf 50 134. Nicht ganz so groß waren die Verluste bei der Tiefbau-Berufsgenossenschaft. Die Zahl der Vollarbeiter verminderte sich von 218 518 im Jahre 1913 auf 127 882 im Jahre 1915. Die Jahres-Lohnsumme ging von 300 auf 184 Mill. Mark zurück. Die Ziegelei-Berufsgenossenschaft hatte ganz besonders unter der Ungunst der Verhältnisse zu leiden. Es verminderte sich von 1913 auf 1915 die Zahl der Versicherten von 232 359 auf 74 163, die Summe der gezahlten Löhne von 198 auf 65 Millionen Mark. Die Glas-Berufsgenossenschaft berichtet, daß von 1913 auf 1915 die Zahl der Versicherten von 91 842 auf 52 892, die Lohnsumme von 99 auf 52 Millionen Mark zurückging. Am allermeisten wurde wohl die See-Berufsgenossenschaft in Mitleidenschaft gezogen. Ihr Bericht ist von besonderem Belang. In einer bemerkenswerten Einleitung wird dargelegt, wie im Berichtsjahr die Handelsschiffahrt immer mehr an Ausdehnung und Bedeutung gewonnen habe. Auch die deutsche Hochseefischerei habe in kühnem Wagemut sich weitgehend wieder betätigt. Die deutsche Reederei habe durch Unterstützung der Reichsregierung eine Gewähr dafür geschaffen, daß die Schiffsverluste baldmöglichst wieder ausgeglichen werden. Habe so die deutsche Reederei sich auf der Höhe ihrer Aufgaben gezeigt, so erwarte sie auch, daß der Friede ihr wieder die nötige Ellenbogenfreiheit schaffe, um sich in friedlichem Wettbewerb wieder auf allen Meeren zu betätigen. Die Genossenschaft umfaßte Ende des Berichtsjahres 1633 Schiffahrtsbetriebe, gegen 1620 Ende des Jahres 1913. Die Gesamtzahl aller Versicherten betrug 81 324 bezw. 89 630. Auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen versicherungspflichtig waren im Berichtsjahr 78 213 Personen, die übrigen waren auf Grund der Satzung versichert. Der Jahresarbeitsverdienst ist auf 98 Millionen Mark angegeben. Dabei ist jedoch zu bedenken, daß viele Mannschaften an Bord der im Ausland befindlichen Schiffe die Heuer weiter gezahlt bekommen, ohne sonst tätig zu sein. Die Summe der anrechnungsfähigen Löhne wird auf nur 28 Millionen Mark angegeben, gegen 70 Millionen Mark im Jahre 1914 und 92 Millionen Mark im Jahre 1913. Die Zahl der gemeldeten Unfälle ist ganz bedeutend zurück gegangen, und zwar von 4488 im Jahre 1913 auf 819 im Jahre 1915. Allerdings hat sich die Zahl der Todesfälle nur von 494 auf 205 vermindert.

Die Steinbruchs-Berufsgenossenschaft teilt mit, daß die Lohnsumme von 203 Millionen Mark im Jahre 1913 auf 94 Millionen Mark im Jahre 1915 zurück gegangen ist. Die Zahl der Versicherten verminderte sich von 433 668 auf 241 845, die der Verletzten von 2392 auf 1172. Die Summe der gezahlten Entschädigung nahm nur unwesentlich ab, nämlich nur von 4 271 046 ℳ auf 4 044 442 ℳ. Bei der Norddeutschen Holzberufsgenossenschaft verminderte sich von 1913 auf 1915 die Zahl der Vollarbeiter von 302 675 auf 160 176, die Summe der anrechnungsfähigen Löhne von 342 auf 187 Millionen Mark. Der Durchschnittslohn eines Vollarbeiters erhöhte sich von 1130 auf 1172 ℳ. Die größten Verluste hatten die Bautischlereien, bei denen die Summe der anrechnungsfähigen Löhne auf ein Drittel zurück ging. Bei dieser Betriebsart verminderte sich auch der Durchschnittslohn von 871 auf 831 ℳ. Die Papierverarbeitungs-Berufsgenossenschaft berichtet ebenfalls von einschneidenden Kriegswirkungen. Von 1913 auf 1915 verminderte sich die Zahl der Betriebe von 4525 auf 4484, die der Versicherten von 150 879 auf 97 207, die anrechnungsfähigen Löhne von 146 auf 89 Millionen Mark, der durchschnittliche Jahreslohn eines Versicherten von 970 auf 919 ℳ. Die Summe der gezahlten Entschädigungen verringerte sich nur von 669 130 ℳ auf 647 858 ℳ, die Zahl der gemeldeten Unfälle 4170 auf 3029.

Die Zahl der Unfälle, und zwar sowohl der gemeldeten wie der erstmalig entschädigten, ist bei

allen Berufsgenossenschaften erheblich zurückgegangen. Das ist die Folge der Betriebseinschränkungen. Verhältnismäßig genommen ist bei mancher Genossenschaft die Unfallziffer gestiegen. Infolge einer Rundverfügung des Reichsversicherungsamtes vom 2. Juni 1915 sind statistische Erhebungen über die Zahl der seit Ausbruch des Krieges vom 1. August 1914 bis 1. August 1915 und der in der gleichen Zeit der beiden Vorjahre gemeldeten Betriebsunfälle angestellt worden. Bei der Sächsischen Textilberufsgenossenschaft verminderte sich die Zahl der gemeldeten Unfälle von 2352 im Jahre 1914 auf 1845 im Jahre 1915. Die entschädigungspflichtigen Fälle verminderten sich nur von 541 auf 499; das ist eine Zunahme von 23,0 auf 26,55 Prozent. Die Fleischerei-Berufsgenossenschaft klagt besonders über viele Unfälle von Schulkindern im Alter von 10 bis 14 Jahren. Bei der Ziegelei-Berufsgenossenschaft verminderte sich von 1914 auf 1915 die Zahl der gemeldeten Unfälle von 5511 auf 2632, die der erstmalig entschädigten von 1238 auf 629, die der tödlichen von 118 auf 73. Bei der Nahrungsmittel-Berufsgenossenschaft kamen im Berichtsjahr 6733 Unfälle zur Anmeldung. Das sind 19 mehr als im Vorjahr. 47 (im Vorjahr 27) Unfälle nahmen einen tödlichen Ausgang; eine dauernde, aber nur teilweise Erwerbsunfähigkeit hatten 113 (101) zur Folge und 699 (620) zogen vorübergehende Erwerbsunfähigkeit nach sich. Bei der Abnahme der Vollarbeiter um 13 302 gegen das Vorjahr ist das eine ganz merkliche Zunahme der Unfälle. Die Bekleidungsindustrie-Berufsgenossenschaft führt aus, daß die weitere Einstellung von ungelernten Arbeitern, insbesondere in den mit Heereslieferungen betrauten Betrieben und die hierdurch erhöhte Unfallgefahr zur Steigerung der Entschädigungen führte. Die Unfälle der ungelernten Arbeiter seien häufig ernsterer Natur. Bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft entfielen im Jahre 1915 auf 1000 Vollarbeiter 92,51 Verletzte, im Vorjahr aber nur 90,98. Die Zahl der entschädigungspflichtigen Unfälle hat allerdings um ein geringes abgenommen.

Die Unfallentschädigungen sind bei allen Berufsgenossenschaften nur wenig zurückgegangen. Das findet zum Teil seine Erklärung darin, daß für alle Kriegsteilnehmer die Renten ungeschmälert weitergezahlt wurden. Obgleich z. B. der Lagerei-Berufsgenossenschaft die Zahl der Unfälle von 24 058 im Jahre 1913 auf 20 890 im Jahre 1914 und 15 653 im Jahre 1915 zurückging, verminderte sich doch in der gleichen Zeit die Summe der ausgezahlten Entschädigungen nur von 4 710 002 auf 4 678 000 und 4 552 085 ℳ. Bei der Nordwestlichen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft erhöhten sich die auf den Kopf der versicherten Person entfallenden Entschädigungsbeträge von 15,95 ℳ im Jahre 1913 auf 17,77 ℳ im Jahre 1914 und 18,96 ℳ im Jahre 1915. Bei der Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft erhöhte sich von 1913 auf 1915 die Summe der gezahlten Entschädigungen von 3 521 004 auf 3 572 581 ℳ, obgleich inzwischen die Zahl der Vollarbeiter um rund 53 000 zurückging. So ist es gekommen, daß die auf die versicherte Person im Durchschnitt entfallende Entschädigung in der gleichen Zeit von 12,21 ℳ auf 15,15 ℳ stieg. Bei der Schlesischen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft verminderte sich die Gesamtsumme der Entschädigungen zwar von 2 251 825 ℳ im Jahre 1913 auf 2 074 521 ℳ im Jahre 1915, auf die einzelne versicherte Person berechnet erhöhte sich aber der Betrag von 18,66 ℳ auf 20,93 ℳ. Die Südwestdeutsche Eisen-Berufsgenossenschaft hatte eine solche erhebliche Verminderung der Zahl der Versicherten, daß trotz der gleichgebliebenen Gesamtsumme der Entschädigungen dieselben auf den Kopf der versicherten Person berechnet von 19,05 ℳ im Jahre 1913 auf 26,23 Mark im Jahre 1914 und 29,41 ℳ im Jahre 1915 stieg.

Ueber die Rentenempfänger im Militärdienst hat die Lederindustrie-Berufsgenossenschaft interessante Feststellungen gemacht. Danach waren 288 Rentenempfänger zum Militärdienst eingezogen. Es befinden sich darunter 215 Rentner, die bis zu 20 Prozent Rente beziehen. Bei 55 Rentenempfängern bewegt sich die Rente zwischen 20 und 40 Prozent, bei 15 zwischen 40 und 60 Prozent und 3 Rentner bezogen sogar über 60 Prozent. Die Rente wird den Angehörigen, solange der Lebensnachweis durch diese erbracht wird, während des Krieges weiter bezahlt.

Die Unfallverhütung hatte sehr unter den Kriegszuständen zu leiden. Die technischen Aufsichtsbeamten waren vielfach zum Heeresdienst eingezogen, ohne daß Ersatz zu beschaffen war. Die Glas-Berufsgenossenschaft berichtet z. B., daß im Berichtsjahr Betriebsrevisionen überhaupt nicht vorgenommen wurden. Die Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft teilt mit, daß die Beratung neuer Unfallverhütungsvorschriften, die auf Grund der Normal-Unfallverhütungsvorschriften aufgestellt waren, abgebrochen und bis nach dem Kriege verschoben wurden. Nach dem Bericht über die Verwaltung der Berufsgenossenschaft der Molkerei-, Brennerei- und Stärke-Industrie ist vom Ausbruch des Krieges an die systematische Revision der Lohnbücher „aus naheliegenden Gründen abgebrochen worden.“ Bei der Fleischer-Berufsgenossenschaft geriet die angeordnete Abstellung von Betriebsmängeln vielfach auf Schwierigkeiten, weil die Betriebsunternehmer (Meister) im Felde waren.

Die Ausbildung von Betriebshelfern, die in den letzten Jahren von vielen Berufsgenossenschaften mit gutem Erfolge durchgeführt wurde, ist durch den Krieg ins Stocken geraten. Dient doch inzwischen das Samariterwesen lediglich Kriegszwecken. Die Detailhandels-Berufsgenossenschaft stellt z. B. in Aussicht, daß sie nach dem Kriege die Aufforderung an die eingetragenen Betriebsunternehmer in ausgedehntem Maße wieder aufnehmen wird. Die Genossenschaftsversammlung hat bereits für den Unterricht von Unfallhelfern die Summe von 5000 ℳ bewilligt, wofür etwa 600 bis 700 Helfer ausgebildet werden können.

An „Besonderen Einrichtungen“ haben manche Berufsgenossenschaften sehr bemerkenswertes aufzuweisen. Die Knappschafts-Berufsgenossenschaft berichtet z. B. über die Erprobung verschiedener Mittel zur Bekämpfung von Explosionen, über den Rettungsdienst, der in einer Rettungshauptstelle, Bezirksrettungsstellen und Werkrettungsstellen bei jeder der einzelnen Genossenschaftssektionen gegliedert ist usw. Die Zahl der vorhandenen Wiederbelebungsmaschinen wurde vermehrt.

Die Allgemeinen Verwaltungskosten sind unter den obwaltenden Verhältnissen vielfach gestiegen. An die zum Heeresdienst eingezogenen Beamten wurden meist die Gehälter weitergezahlt, obgleich in der Regel dafür Ersatzkräfte eingestellt werden mußten. Bei der Nordöstlichen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft erhöhten sich die allgemeinen Verwaltungsausgaben von 311 479 *M* im Jahre 1913 auf 326 451 *M* im Jahre 1914 und 331 278 *M* im Jahre 1915. Das ist in den beiden Jahren eine Erhöhung pro Versicherten von 2,09 *M* auf 2,46 *M*. Bei der Süddeutschen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft verminderten sich zwar die Gesamtausgaben für die allgemeine Verwaltung von 282 660 *M* im Jahre 1913 auf 279 468 *M* im Jahre 1915, der auf die versicherte Person entfallende Durchschnittsbetrag erhöhte sich aber von 1,18 auf 1,58 *M*.

In der Darstellung des Stoffes wie überhaupt in ihrem ganzen Inhalt bieten die Geschäftsberichte der Berufsgenossenschaften noch ein recht buntes Bild. Während manche ausführlich über jede Nebensächlichkeit unterrichten, enthalten andere wiederum nicht einmal über die wichtigsten Fragen, wie Zahl der Betriebe und Vollarbeiter, Angaben. Vielleicht könnte größere Einheitlichkeit durch Vermittlung des Verbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften erreicht werden; das wäre ein sehr verdienstvolles Unternehmen.

Literarisches.

Reichsversicherungsordnung. Zweites Buch: Krankenversicherung. Unter Mitwirkung des Geheimen Ober-Regierungsrats Siefart, bearbeitet von Regierungsrat Sitzler. Berlin 1916 bei J. Guttentag. 792 Seiten. Preis 7,50 *M*.

In der bekannten Guttentagschen Sammlung Deutscher Reichsgesetze „Textausgaben mit Anmerkungen" ist nunmehr mit diesem Bande (Nr. 107) die Reichsversicherungsordnung in vier Bänden (Nr. 106 bis 109) vollständig erschienen. Der vorliegende enthält das zweite Buch der Reichsversicherungsordnung und in Anhängen die wichtigsten reichsrechtlichen Ausführungsbestimmungen, auch das Berliner Abkommen zwischen Aerzten und Krankenkassen, sowie den Erlaß der preußischen Minister, betreffend Beamte der Krankenkassen (Arb.Vers. 1914 S. 186). Was wir den früher erschienenen Bänden nachgerühmt haben (Arb.Vers. 1914 S. 100), trifft auch für die Arbeit über die Krankenversicherung zu. Die Erläuterungen sind, bei aller durch die hergebrachte Form dieser Ausgaben gebotenen Knappheit, klar gefaßt, heben überall das Wesentlichste hervor und verweisen, soweit die Verfasser sich hinsichtlich der Einzelheiten Beschränkungen auferlegen mußten, auf die wichtigsten Erscheinungen der Literatur. Ein reichhaltiges Sachregister erleichtert den Gebrauch des Buches und wird es, in Verbindung mit den hervorgehobenen Vorzügen, gewiß zu einem beliebten Hilfsbuch für Praktiker des Reichsversicherungsrechts machen.

Schattenseiten der Reichs-Unfallversicherung. Von Verwaltungsdirektor Paul Lohmar. Berlin 1916, Carl Heymanns Verlag. 66 Seiten. Preis 1,20 *M*.

In der Einleitung geht der Verfasser von den lebhaften Erörterungen aus, die das 1912 erschienene Buch von Prof. Bernhard „Unerwünschte Folgen der Deutschen Sozialpolitik" ausgelöst hat (zu vgl. Arb.Vers. 1913 S. 523). Die Uebertreibungen und Verallgemeinerungen, auf denen das abfällige Urteil Bernhards beruhte, verkennt auch Lohmar nicht, aber er meint, daß die Klagen und Anklagen „einen doch nur zu berechtigten Kern haben", und er hält es nicht für unangebracht, die Mängel unserer Arbeitergesetzgebung gerade jetzt, in der Kriegszeit, zu erörtern, zumal bei den in Aussicht stehenden Aenderungen der Kriegsbeschädigtenfürsorge die Erfahrungen der Arbeiterversicherung nicht unberücksichtigt bleiben dürften. Im weiteren werden sittliche, gesundheitliche und volkswirtschaftliche Nachteile der Unfallversicherung (Unfallneurose, Rentensucht, Uebertreibung, Simulation, ungünstige Beeinflussung des Heilverfahrens) und die Mittel zur Abhilfe zur Sprache gebracht — alles in einer ruhigen, sachlichen und klaren Darstellung, die überall den ernsten Sozialpolitiker und erfahrenen Praktiker verrät und eben dadurch überall fesselt, belehrt und anregt. Das schließt selbstverständlich nicht aus, daß man in manchen Punkten die Auffassung und die Vorschläge des Verfassers nicht annehmbar zu finden braucht.

Kriegswochenhilfe. Darstellung der Bundesratsverordnungen unter Berücksichtigung der veröffentlichten Bescheide und Entscheidungen. Von Obersekretär Bremer. Hannover 1916, Kommissionsverlag der Volksbuchhandlung. Preis 50 Pf.

Das 39 Seiten umfassende Heft enthält einen ergänzten Vortrag, den der Verfasser bei einer Verbandstagung Hannoverscher Krankenkassen gehalten hat. Durch diesen Ursprung ist die Form der Darstellung bedingt, die naturgemäß von der Form eines Kommentars abweicht. Der Text der drei Bekanntmachungen des Reichskanzlers ist nur „nahezu wortgetreu in die Darstellung hineingearbeitet". Bei der Erläuterung der einzelnen Vorschriften vermeidet der Verfasser, auf die in der Literatur zutage getretenen, freilich sehr zahlreichen Meinungsverschiedenheiten einzugehen; das würde (meint er) nur dazu beitragen, die bestehende Rechtsunsicherheit zu steigern. Er will deshalb das Gesetzeswerk lediglich „im Spiegel derjenigen Auslegung zeigen, die ihm in der Rechtsprechung und von den bei seinem Zustandekommen beteiligten oder ihnen nahestehenden Behörden zuteil geworden ist." In dieser Absicht hat er fleißig ein umfangreiches Material zusammengetragen, und es wird vielleicht in der Tat manchem Kassenbeamten damit gedient sein, wenn er nicht mit dem Streit der Meinungen beladen wird. Nur darf man sich darüber nicht irren, daß die Unterdrückung abweichender Ansichten nicht der Rechtssicherheit dient, sondern nur das Gefühl dieser Sicherheit vortäuscht.

Blätter für Armenpflege und soziale Versicherung. Halbmonatsschrift. Schriftleitung: Rechtsrat Grieser und Versicherungsamtmann Dr. Jaeger in München. Bayer. Kommunalverlag, München. Preis 8 ℳ jährlich.

Aufgabe der neuen Zeitschrift, deren erstes Heft vom 1. Juli 1916 uns vorliegt, soll sein, in den zahlreichen Zweifeln, die sich an das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz und das bayerische Armengesetz vom 21. August 1914 knüpfen, nicht nur den ehrenamtlichen Organen der Armenpflege und Wohltätigkeit ein Ratgeber und Führer zu werden, sondern auch ihren beruflichen Organen Anregungen zu bringen und darüber hinaus den Versicherungsbehörden und Trägern der Reichsversicherung, die mit dem Armenrecht in Beziehung treten, die Einführung in das neue bayerische Recht zu erläutern. Die Namen der Schriftleiter und die Liste der sachkundigen Mitarbeiter dürften dieser Absicht den Erfolg verbürgen.

Ein Jahr Kriegsinvalidenfürsorge, unter besonderer Berücksichtigung der Kriegsblinden. Im Auftrage des Vorstandes der Versicherungsanstalt Württemberg herausgegeben von der Beratungsstelle für Kriegsinvaliden in Stuttgart (1916).

Die Arbeitsbehandlung im Reserve-Lazarett Remscheid, Abteilung: Bergische Stahl-Industrie, G. m. b. H., Gußstahlfabrik. Verfaßt von dem leitenden Arzt und Berufsberater des Sonder-Lazaretts für Kriegsbeschädigte, Dr. Kornacker und G. Kolleck.

Zwei erfreuliche, lehrreiche, durch zahlreiche Bilder besonders anschaulich gemachte Berichte über die Art und die Erfolge des Bestrebens, Kriegsbeschädigte oder Kriegskranke, wenn möglich, ihrem früheren Berufe wieder zuzuführen oder aber sie für einen ähnlichen, nötigenfalls auch für einen völlig neuen Beruf aus- oder umzubilden. Wie diese Bemühungen an sich rühmenswert sind, so verdienen auch die Berichte darüber Dank, weil sie in weiteren Kreisen aufklärend, anregend und fördernd zu wirken geeignet sind.

Oesterreichisches Gesetz, betreffend die Pensionsversicherung von Angestellten. Mit Erläuterungen und Anmerkungen von Dr. Edmund Hahn. Dritte Auflage. Wien 1916 bei Moritz Perles. 318 Seiten. Preis 4,80 Kr.; geb. 5,80 Kr.

Mit der Angestelltenversicherung, die auf Fürsorge für den hauptsächlichsten Kreis des Mittelstandes abzielt, ist Oesterreich uns bekanntlich vorangegangen. Das österreichische Gesetz vom 16. Dezember 1906 ist Anregung und Vorbild für das deutsche geworden und muß uns deshalb in hohem Maße interessieren. Im Jahre 1914 wurde ein Abänderungsgesetz vom Abgeordnetenhause angenommen und dann, vor Abschluß der Beratungen im Herrenhause, infolge des Kriegsausbruchs durch Kaiserliche Verordnung vom 28. August 1914 mit vorläufiger Gesetzeskraft vom 1. Oktober 1914 ab in Wirksamkeit gesetzt. In dieser abgeänderten Form bringt und erläutert die vorliegende neue Auflage das bedeutsame Gesetz nebst Ein- und Ausführungsvorschriften. Vorausgeschickt ist der für die Auslegung wichtige Bericht des Ausschusses des Abgeordnetenhauses über die Beratung des Abänderungsgesetzes. Die Anmerkungen sind klar gefaßt und stützen sich besonders auf umfassende Heranziehung der reichen Rechtsprechung oberster Instanzen. Sie verdienen, bei der Aehnlichkeit des Rechtsstoffs und der in Betracht kommenden wirtschaftlichen Verhältnisse, auch die Beachtung der deutschen Behörden und Versicherungsträger. Nur beispielsweise sei in dieser Hinsicht auf die besonders reichhaltigen Vorbemerkungen und Anmerkungen über den Umfang der Versicherungspflicht (S. 34 ff., 42 ff.) hingewiesen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Erneuerung des Antrags aus § 517 RVO. nach Unterbrechung der versicherungspflichtigen Beschäftigung.

1. Nach R. R. Frage: Gemäß § 517 RVO. ruhen für versicherungspflichtige Mitglieder, die Mitglied einer Ersatzkasse sind, auf ihren Antrag die eigenen Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse, und zwar nach Hoffmann Anm. 3 und Hahn Anm. 2c zu § 517 während der ganzen Dauer der Zugehörigkeit zu derselben Krankenkasse, ohne Rücksicht auf einen Wechsel des Arbeitgebers. Dieser Auffassung ist auch das Oberversicherungsamt Hamburg in seiner Entscheidung vom 23. August v. Js. (Arb.Vers. 1915 S. 687) beigetreten. Wir haben nun in Fällen, in denen ein befreites Mitglied abgemeldet und wieder bei uns neuangemeldet wurde von der Stellung eines neuen Befreiungsantrages abgesehen, wenn eine Zwischenzeit von drei Wochen nicht überschritten und das Mitglied während dieser Zeit nicht bei einer Zwangskasse versichert war. Ist unsere Auffassung richtig?

Antwort: Nein! Ihre Auffassung wird auch durch die angezogene Entscheidung des Oberversicherungsamts Hamburg nicht gestützt, die grundsätzlich davon ausgeht, daß bei einem Wechsel des Arbeitgebers die Mitgliedschaft bei der Pflichtkasse nur dann bestehen bleibt, wenn „die Grundlage der Versicherung, das Bestehen eines versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses, fortbesteht.“ Wenn dann weiterhin gesagt ist, es könne nach Lage

des Einzelfalls bei vorübergehender Arbeitslosigkeit von wenigen Tagen oder Wochen (!) ein Erlöschen der versicherunngspflichtigen Beschäftinung nicht wohl angenommen werden, so ist das an sich schon recht bedenklich; keinesfalls aber ist es gerechtfertigt, eine allgemeine Norm dahin aufzustellen, daß eine Unterbrechung der Beschäftigung, die drei Wochen nicht überschreitet, schlechthin nicht in Betracht komme. Nur allenfalls ganz geringfügige Unterbrechungen, wie sie beim Wechsel der Arbeitsstelle unvermeidlich sind, wird man außer Betracht lassen dürfen. In anderen Fällen ist der Versicherte als aus der Krankenkasse ausgeschieden anzusehen, so daß er bei späterem Wiedereintritt in versicherungspflichtige Beschäftigung den Antrag aus § 517 RVO. zu erneuern hat, um das Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei der Krankenkasse zu erwirken.

Kosten der Ueberführung eines gefallenen Kriegers in die Heimat als Begräbniskosten?

2. **Nach Düsseldorf.** Antwort: Der Bruder des gefallenen Kassenmitgliedes hatte keinen Anspruch auf das Sterbegeld, weil er mit dem Verstorbenen nicht in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat. Er muß daher den zu Unrecht empfangenen Betrag zurückzahlen (§ 812 BGB.). Die von ihm gestellte Bedingung, daß die Kasse sich verpflichte, die Kosten der nach dem Kriege möglicherweise erfolgenden Ueberführung der Leiche in die Heimat aus dem Sterbegeld zu erstatten, ist abzulehnen. Die Beerdigung ist im Feindesland bereits erfolgt. Nur die dadurch etwa entstandenen Kosten sind nach § 203 Satz 1 RVO. an den zu zahlen, der das Begräbnis besorgt hat. Wird später eine Ueberführung der Leiche veranlaßt, so gehören die Kosten hierfür nicht mehr zu den Kosten des Begräbnisses im Sinne des § 203.

Kosten der Beförderung eines Erkrankten zur Erlangung ärztlicher Hilfe.

3. **Nach Flensburg.** Frage: Ein bei unserer Kasse versicherter Kutscher einer Kohlenfirma ist bei einer Kohlenbeförderung nach einem 12 Km. entfernten Orte erkrankt. Dort ist angeblich keine ärztliche Hilfe zu erlangen gewesen. Es ist daher der hiesige Krankenwagen bestellt worden, um den Erkrankten ins hiesige Krankenhaus zu bringen. Auf dem Wege dahin ist aber der Kranke verstorben und deshalb nicht in das Krankenhaus, sondern unmittelbar in seine außerhalb des Kassenbezirks belegene Wohnung überführt worden. Der erst später von hier aus zugezogene Arzt hat nur den bereits eingetretenen Tod feststellen können. Sind wir verpflichtet, die 40 ℳ betragenden Kosten zu übernehmen? Wir möchten das mit Rücksicht darauf, daß ärztliche Behandlung nicht in Anspruch genommen ist, verneinen (vergl. auch Arb.Vers. 1911 S. 71).

Antwort: Wenn am Erkrankungsorte ärztliche Hilfe nicht zu erlangen war, so war die Rückbeförderung des Kranken notwendig, um sie zu erlangen, und die dadurch entstandenen Kosten gehören bereits zu den von der Kasse zu tragenden Kosten ärztlicher Behandlung (vgl. Arb.Vers. 1910 S. 630 Ziff. 7). Daran wird dadurch nichts geändert, daß es zu einem Eingreifen des Arztes tatsächlich nicht gekommen und der Wagen schließlich nicht mehr zur Beförderung des Kranken ins Krankenhaus, sondern zur Beförderung der Leiche in die Wohnung gekommen ist. Höchstens könnte die Bezahlung der hierdurch etwa entstandenen Mehrkosten abgelehnt werden. Der Auskunft in Arb.Vers. 1911 S. 71 Ziff. 13 lag ersichtlich die Annahme zu Grunde, daß in jenem Falle die Rückbeförderung des Kranken nicht zur Erlangung ärztlicher Hilfe notwendig war.

Kassenprüfung durch Mitglieder des Kassenvorstandes.

4. **Nach B.** Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei. Die Vorschrift Ihrer Satzung entspricht dem § 94 der Mustersatzung für Ortskrankenkassen und steht in dem Abschnitt über Rechnungs- und Kassenführung und zielt auf Prüfung der Kassengebahrung des hiermit betrauten Beamten durch den Vorstand oder eine Kommission des Vorstandes ab. Sie wird sich im wesentlichen darauf zu richten haben, ob die Ein- und Ausgänge richtig und ordnungsmäßig gebucht und belegt, die Sollbestände vorhanden und gehörig verwahrt sind (§§ 89—93 Musters.). Ob auch die Anweisungen des Vorstandes oder des Vorsitzenden zu Ausgaben (§ 91 Abs. 2) rechtmäßig sind, dies zu prüfen, kann unmöglich Sache desselben Vorstandes oder des Vorsitzenden oder der Kommission des Vorstandes sein. Insoweit handelt es sich um eine Prüfung der Geschäftsführung des Vorstandes selbst, die Sache der Aufsichtsbehörde und, im Rahmen der Jahresrechnung, Sache des Ausschusses ist (§ 96). Selbstverständlich aber könnten auch die Mitglieder jener Kommission etwaige bei der Kassenprüfung wahrgenommenen Bedenken hinsichtlich der Zahlungsanweisungen des Vorsitzenden zur Kenntnis der Aufsichtsbehörde bringen.

Erstattungsanspruch der nach § 219 RVO. ersuchten Kasse bei vorübergehendem Ortswechsel des Kranken.

5. **Nach St.** Frage: Ein auf Grund des § 219 RVO. zur Fürsorge überwiesener und von uns unterstützter arbeitsfähig kranker Versicherter nahm während der Unterstützungszeit gelegentlich eines eintägigen Aufenthalts am Orte seiner eigenen Kasse nachts und nachgewiesen dringlich Arzthilfe in Anspruch. Vom nächsten Tage an befand der Kranke sich wieder in unserem Kassenbezirk. Muß die ersuchende oder die ersuchte Kasse die Kosten dieses „dringenden“ Falles tragen, bzw. muß die ersuchende Kasse diese Kosten neben dem $^3/_8$ Pauschsatz (§ 222 RVO.) erstatten?

Antwort: In Fällen des § 219 RVO. tritt auf Grund des Ersuchens der zuständigen Kasse die Kasse des Wohnorts des Kranken an die Stelle der ersuchenden. Die Kasse des Wohnorts bleibt in solchen Fällen — als die dem Kranken räumlich näher stehende und zur Fürsorge sowie zur Krankenaufsicht besser geeignete — auch dann leistungspflichtig, wenn der Kranke seinen Aufenthalt (ohne Aufgabe des Wohnorts) vorübergehend wechselt. Für die Annahme, daß in solchen Fällen die Leistungspflicht der ersuchten Kasse wieder auf die ersuchende übergehe, fehlt es an Anhalt im Gesetz. Deshalb hat auch im vorliegenden Falle die ersuchte Kasse die Kosten der Arzthilfe zu tragen und dafür nur nach Maßgabe des § 222 RVO. Erstattung zu fordern.

Krankengeld für Sonntage im Falle des § 214 für Dienstboten und Unständige.

6. Nach Bln.-Friedenau. Antwort: a) Der Anspruch des erwerbslos Ausgeschiedenen aus § 214 RVO. gehört nach § 179 RVO. zu den „Regelleistungen" der Kasse, weil er im zweiten Buche der RVO. „vorgeschrieben" (nicht etwa der Einführung durch die Satzung anheimgegeben) ist. Dem Ausgeschiedenen „verbleibt" unter den Voraussetzungen des § 214 der Anspruch auf die Regelleistungen. Das bedeutet, daß ihm der Anspruch insoweit genau so zusteht, wie er ihm zugestanden hätte, wenn er noch Mitglied der Kasse wäre. Daher hat er auch das Krankengeld nach § 182 für alle Tage zu fordern, die für ihn vor seinem Ausscheiden Arbeitstage waren, also auch für die Sonntage, wenn er als Dienstbote auch an diesen Tagen zur Verfügung der Herrschaft stand.

b) Für Unständige gelten nach § 416 RVO. die allgemeinen Vorschriften „mit den besonderen Vorschriften" der §§ 441 bis 458. Hiernach gilt für Unständige auch der § 214, nur mit der Maßgabe, daß die Regelleistungen, auf die der Ausgeschiedene nach § 214 Anspruch hat, gemäß § 450 nach dem Ortslohn, nicht nach dem sonst für die Kasse maßgebenden Grundlohn zu bemessen sind (zu vgl. Heft 18 S. 431 Ziff. 2). Da für Unständige alle Tage der Woche als Arbeitstage gelten (Heft 26 S. 614), ist ihnen bei Anwendung des § 214 das Krankengeld auch für die Sonntage zu zahlen.

Grenze der Erstattungspflicht aus § 197 RVO.

7. Nach Heidelberg. Antwort: Die Erstattungspflicht der früheren Kasse auf Grund des § 197 RVO. wird durch den Höchstbetrag begrenzt, den diese Kasse der Wöchnerin zu leisten gehabt hätte, wenn sie noch im Zeitpunkt der Niederkunft bei derselben Kasse versichert gewesen wäre. Was aber diese Kasse zu leisten gehabt hätte, kann nur nach den Verhältnissen zur Zeit des Kassenwechsels beurteilt werden. Das folgt aus dem Zwecke des § 197, der dahin geht, „die Abschiebung weiblicher Versicherter, die ihrer Niederkunft entgegensehen, an andere Krankenkassen zu verhindern" (Begr. S. 159). Die Kasse muß also so angesehen werden, als wenn die Versicherte nicht abgeschoben oder sonst ausgeschieden, sondern noch weiter in der Kasse geblieben wäre, wie sie ihr zuletzt angehört hatte. Deshalb kann nur der letzte Grundlohn, nicht ein früherer, für die Bemessung jenes Höchstbetrages maßgebend sein; und ebenso fällt folgerichtig die Erstattungspflicht der Kasse ganz weg, wenn sie zuletzt bei dieser Kasse Anspruch auf Wochengeld (im Hinblick auf §§ 423, 425 oder z. B. nach § 215) überhaupt nicht gehabt hätte.

Ersatzanspruch der Kasse für Hebammendienste bei Kriegswochenhilfe.

8. Nach Crefeld. Antwort: Werden gemäß § 4 der Bek. v. 3. Dezember 1914 der Wöchnerin Sachleistungen statt der baren Beihilfen gewährt, so sind nach § 5 „für die Aufwendungen, welche die Kasse nach § 4 gemacht hat, als Beihilfe für Hebammendienste und ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden" 10 ℳ zu ersetzen. Es kommt hiernach allerdings nicht darauf an, auf wieviel sich die Aufwendungen belaufen. Die Kasse hat immer volle 10 ℳ zu beanspruchen, sofern sie nur irgendwelche Aufwendungen, sei es für Hebammendienste oder für ärztliche Behandlung tatsächlich gemacht hat. Daß sie sie der Wöchnerin angeboten hat, kann nach der klaren Fassung nicht genügen, wenn die Wöchnerin weder den Arzt noch die Hebamme bemüht, die Kasse also nichts geleistet hat (vgl. Entsch. des Oberversicherungsamts Schleswig in „Betriebskrankenkasse 1916 S. 43). Es genügt daher auch nicht, daß die Kasse der Wöchnerin einen „Gutschein", d. h. eine Anweisung auf Gebühren für Schwangerschaftsbehandlung ausgestellt hat, wenn die Hebamme von der Wöchnerin nicht in Anspruch genommen worden ist. Das Gesetz setzt ferner voraus, daß Schwangerschaftsbeschwerden vorlagen und die Hebammendienste erforderlich waren; dies ergibt sich aus § 3 Ziff. 3. Indessen wird man hierfür einen besonderen Nachweis nicht fordern dürfen, wenn die Hebamme tatsächlich eingegriffen hat, sei es auch z. B. nur durch eine Untersuchung (vgl. Arb.Vers. 1915 S. 335; Krause, 2. Aufl. Bd. 1 S. 49). Denn man wird unterstellen müssen, daß dies nicht ohne hinreichenden Anlaß geschieht und daß das Gesetz im Interesse der Gesunderhaltung von Mutter und Kind die Herbeiziehung sachkundiger Hilfe für schwangere Frauen möglichst fördern will.

Porto für die 4/5 Arbeitgeberbeiträge nach § 518 RVO.

9. Nach Schönebeck. Antwort: Wir halten gegenüber Arb.Vers. 1915 S. 119 Ziff. 7c, die auf erneuter Prüfung beruhende Auskunft im Heft 29 S. 694 Ziff. 6 aufrecht, wonach der Krankenkasse die portofreie Uebersendung der Beitragsteile obliegt.

Dienststempel der Krankenkassen.

10. Nach T. Antwort: Von einem eigentlichen Amts- oder Dienstsiegel der Krankenkassen kann nicht die Rede sein, da sie keine Behörden sind. Immerhin kann es für sie von Wert sein, ihre Mitteilungen und Sendungen durch einen besonderen Stempel zu kennzeichnen, und in manchen Fällen wird dies sogar zu bestimmten Zwecken erforderlich sein (vgl. z. B. hinsichtlich der Portofreiheit in Sachen der Kriegswochenhilfe: Arb.Vers. 1916 Heft 28 S. 659). Wie ein solcher Dienststempel beschaffen sein muß, ist nicht bestimmt. Seinem Zwecke gemäß wird er nur den Namen und den Sitz der Krankenkasse, der Satzung entsprechend (§ 321 Ziff. 1 RVO.) klar kennzeichnen müssen; alles andere ist unwesentlicher Schmuck oder Beiwerk.

Die Kasse kann nicht die Heilmittelgewährung von ihrer Genehmigung abhängig machen.

11. Nach B. Antwort: Dem Vermerk auf den Vordrucken für die ärztlichen Verschreibungen, daß die Verordnung von Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln, sowie von Wein und Spirituosen als Heilmittel in jedem Falle der Genehmigung der Kassenverwaltung bedarf, kann nicht die Bedeutung zukommen, daß die Kasse die Bezahlung der von dem Apotheker ohne solche Genehmigung verabreichten Mittel schlechthin ablehnen könne. Denn soweit die Kasse zur Gewährung von Heilmitteln nach Gesetz oder Satzung verpflichtet ist, kann sie die Erfüllung dieser Pflicht nicht deshalb versagen, weil gegen eine

Ordnungsvorschrift verstoßen ist. Nur als eine solche darf jener Vermerk aufgefaßt werden: weil in einzelnen Fällen zweifelhaft sein kann, ob die Verordnung sich im Rahmen der Verpflichtung der Kasse hält, will diese die Möglichkeit haben, dies vor der Verabfolgung zu prüfen, so namentlich ob das Mittel überhaupt ein „Heilmittel" ist, ob es zu den „kleineren" im Sinne des § 182 (vgl. auch § 193) RVO. gehört usw. Den Zuschuß für „größere" Heilmittel darf die Kasse nach freiem Ermessen im Einzelfall gewähren (§ 193), also jedenfalls dann versagen, wenn ihre Genehmigung nicht eingeholt ist. Außerdem kann sie in allen Fällen, sofern die Verpflichtung zur Einholung der Genehmigung in der Krankenordnung festgelegt ist, Bestrafung aus § 529 RVO. verhängen. — Im übrigen ist die Ansicht, daß „Stärkungsmittel" keine Heilmittel seien, so allgemein nicht richtig; sofern sie bei noch bestehender Krankheit notwendig sind, um die Widerstandskraft des Kranken zu erhalten oder zu heben, dienen sie dem Heilverfahren und sind wie andere Heilmittel zu beurteilen.

Fortsetzung der Ersatzkassenmitgliedschaft bei Einziehung zum Kriegsdienst.

12. Nach F. Antwort: Nach Ihrer Anfrage müssen wir annehmen, daß die (uns nicht vorliegende) Satzung der Ersatzkasse eine Bestimmung enthält, wonach beim Eintritt in das Heer die Mitgliedschaft ruht oder erlischt. Dann liegt der Fall des § 1 der Bek. v. 5. Juli 1916 (Arb.Vers. Heft 21 S. 497) vor, wonach der Kriegsteilnehmer gleichwohl Anspruch auf Fortsetzung seiner Mitgliedschaft hat. Voraussetzung ist aber nach Abs. 2 Ziff. 2, daß der Kriegsteilnehmer beim Diensteintritt nach §§ 313, 314 RVO. berechtigt war, Mitglied einer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse zu bleiben, und diese Voraussetzung trifft bei Ihnen nicht zu, wenn Ihr regelmäßiges jährliches Gesamteinkommen 4000 ℳ übersteigt (§§ 178, 314 Abs. 2 RVO.; Entsch. des RVA. in Arb.Vers. 1914 S. 523). Die Ablehnung der Ersatzkasse ist daher begründet.

Besondere Festsetzung der Kassenbeiträge für Unständige.

13. Nach R. Antwort: Nach § 385 RVO. sind die Beiträge in Hundertsteln des Grundlohns, d. i. bei Ihrer Kasse des durchschnittlichen Tagesentgelts, zu bemessen. Für Unständige dagegen hat die Satzung die Beiträge nach § 450 besonders festzusetzen, und zwar nach dem Ortslohn. Nun sind im vorliegenden Falle zwar der durchschnittliche Tagesentgelt und der Ortslohn einander gleich und die Satzung sieht auch für beide Fälle den gleichen Prozentsatz (4 %) vor. Gleichwohl bemißt sie aber die Beiträge insofern verschieden, als sie im § 42 eine Abrundung auf volle 10 Pf. vorsieht, während der die Unständigen betreffende § 57 Ziff. 1 hiervon nichts sagt. Die im § 450 RVO. vorgesehene besondere Festsetzung begründet daher einen Unterschied, den die Kassenverwaltung nicht ohne weiteres dadurch ausgleichen darf, daß sie die Beiträge der Unständigen gleichfalls nach oben abrundet.

Ausgleichung zwischen Krankenkassen bei Kriegswochenhilfe nach der Bek. vom 23. April 1915.

14. Nach Meseritz. Antwort: Es handelt sich um eine Wöchnerin, die im Zeitpunkt der Niederkunft Mitglied der Landkrankenkasse war und außer dem Anspruch an diese Kasse auch Anspruch auf Kriegswochenhilfe nach der Bek. vom 23. April 1915 hatte. Die Landkrankenkasse hatte daher die auf das Maß des § 4 der Bek. erhöhten Leistungen zu gewähren (§§ 7, 12). Ersatz hierfür hat ihr der Lieferungsverband zu leisten, für das Wochengeld jedoch nur, soweit es die satzungsmäßige Höhe übersteigt (§ 14). Nur das satzungsmäßige Wochengeld also bleibt als eigentliche Leistung der Krankenversicherung übrig, und nur für diese Leistung kann daher die Landkrankenkasse von der Ortskrankenkasse, der die Wöchnerin vorher angehört hatte, anteilige Erstattung nach § 197 RVO. verlangen.

Uebergang eines Schadenersatzanspruchs auf die Krankenkasse; Bemessung des Ersatzes (§ 1542 RVO.).

15. Nach Solingen. Antwort: Allerdings leitet die Kasse ihren Anspruch auf Ersatz aus der dem Verletzten gegen den Hausbesitzer zustehenden Schadenforderung her, und für diese Forderung ist § 1542 Abs. 2 RVO. nicht maßgebend; der Verletzte selbst kann nur die tatsächlich erwachsenen Krankenpflegekosten, nicht $^3/_8$ des Grundlohns ersetzt verlangen. Aber er hat doch noch andere Schadenersatzansprüche nach §§ 843, 847 BGB., und dieser sein Gesamtanspruch ist nach § 1542 RVO. auf die Kasse insoweit übergegangen, als sie dem Verletzten Leistungen zu gewähren hatte. Bei Berechnung dieser Kassenleistungen gilt § 1542 Abs. 2 RVO., so daß für Krankenpflege $^3/_8$ des Grundlohns in Ansatz kommen. Den hiernach berechneten Gesamtbetrag aller ihrer Aufwendungen (also auch an Krankengeld) erhält die Kasse.

Der Schriftleitung gehen fortlaufend von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsämtern und Oberversicherungsämtern zahlreiche Entscheidungen zur Veröffentlichung zu. Alle diese Eingänge werden sorgfältig geprüft und gern aufgenommen, wenn ein allgemeineres Interesse an den mitgeteilten Vorgängen erkennbar ist. Wir legen Gewicht darauf, neben den obersten Spruchstellen auch die Oberversicherungsämter und die Versicherungsämter zu Wort kommen zu lassen, und sind daher für Übersendung geeigneter Unterlagen dankbar.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamerstraße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1154 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 11. November 1916 | Heft 32

Verlust des Ehrenamtes wegen Wegfalls der Wählbarkeit.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Von den Ehrenämtern in den Organen der Versicherungsträger handeln die §§ 12 bis 24 RVO. Wählbar für diese Aemter sind nach § 12 nur volljährige Deutsche mit Ausnahme derjenigen, die wegen gewisser strafbarer Handlungen verurteilt sind oder verfolgt werden, oder die gerichtlich in der Verfügung über ihr Vermögen beschränkt sind. Als Arbeitgebervertreter ist nach § 13 (abgesehen von gewissen Besonderheiten nach Abs. 2 und 3) wählbar: wer regelmäßig mindestens einen Versicherungspflichtigen, der bei dem Versicherungsträger versichert ist, beschäftigt. Als Vertreter der Versicherten ist nach § 14 (abgesehen von den Besonderheiten nach Abs. 2) wählbar: wer bei dem Versicherungsträger versichert ist. — Der § 24 RVO. schreibt vor:

Werden von einem Gewählten Tatsachen bekannt, die seine Wählbarkeit oder seine Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung ausschließen, so hat ihn der Vorstand, wenn es sich jedoch um eine Krankenkasse handelt, die Aufsichtsbehörde seines Amtes durch Beschluß zu entheben.

Vor der Beschlußfassung ist ihm Gelegenheit zur Aeußerung zu geben.

Gegen den Beschluß ist die Beschwerde beim Reichsversicherungsamt (Beschlußsenat), wenn es sich jedoch um eine Krankenkasse handelt, beim Oberversicherungsamte (Beschlußkammer) zulässig.

Ein Gewählter wird auf seinen Antrag durch Beschluß des Vorstandes des Amtes enthoben, wenn bei ihm während der Wahlzeit einer der Ablehnungsgründe nach § 17 Abs. 1 Nr. 2 bis 5 eintritt.

Aehnliche Vorschriften gelten für die Amtsenthebung der Versicherungsvertreter bei den Versicherungsbehörden nach §§ 52, 76, 95, 107.

In meinem Handb. der Krankenvers. Anm. 2 zu § 24 habe ich bemerkt: „In keinem Falle endet das Amt kraft Gesetzes durch nachträglichen Wegfall der Wählbarkeit; es bedarf immer erst eines behördlichen Anspruchs*), auch dann z. B., wenn der Gewählte aufhört, Arbeitgeber oder Versicherter zu sein.“ Wenn gegen den zweiten Satz dieser Bemerkung ein Bedenken erhoben werden kann, so wäre es das, ob er nicht überflüssig war angesichts der völlig klaren Fassung des Gesetzes. Denn daß der Verlust der Eigenschaft als Arbeitgeber oder Versicherter eine Tatsache ist, die die Wählbarkeit ausschließt, ergibt sich aus den §§ 13, 14, und daß, wenn eine solche Tatsache bekannt wird, die Amtsenthebung beschlossen werden muß, ist in dem als zwingende Vorschrift gefaßten Abs. 1

*) Bei Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten hat der Vorstand zu beschließen. In meinem Handbuch handelt es sich um die Verhältnisse der Krankenkassen, nur bei diesen erfolgt die Amtsenthebung nach § 24 Abs. 1 durch einen „behördlichen“ Beschluß.

des § 24 mit nicht mißzuverstehender Deutlichkeit ausgesprochen. Gleichwohl hat Kleeis — wie er in einem Aufsatz in der Monatsschr. f. Arb.u.Angest.Vers. 1916 Sp. 594 ff. mitteilt — für nötig erachtet, eine Umfrage bei einer Anzahl großer Krankenkassen über die Handhabung der Angelegenheit vorzunehmen. Dieses Referendum hat ein überraschendes Ergebnis gehabt. Kleeis hat „festgestellt, daß man überall mit dem Ausscheiden aus der Kasse auch ohne weiteres und selbstverständlich ein Ausscheiden aus dem Amte annimmt. Vielen Kassen ist überhaupt unbekannt und unverständlich, daß in solchen Fällen erst eine Amtsenthebung eingeleitet werden müßte." Dieses Bekenntnis der Befragten zur Unkenntnis einer ausdrücklichen und wichtigen Gesetzesvorschrift berührt peinlich. Auch daß „man", und sogar „überall" das Gegenteil von dem, was das Gesetz sagt, für „selbstverständlich" hält, ist wunderlich. Der Umstand aber, daß Kleeis kein Bedenken trägt, beides der Oeffentlichkeit preiszugeben, kann nicht anders gedeutet werden, als daß er sowohl in jener vermeintlichen Selbstverständlichkeit als auch in der geständlichen Gesetzesunkenntnis eines Teils der Befragten eine Stütze für seine von der meinigen abweichende Ansicht findet. Nur freilich begnügt er sich nicht damit, sondern bemüht sich nachzuweisen, daß die von den Kassen geübte Praxis den Absichten des Gesetzgebers entspreche. Die Gründe aber, die er hierfür vorbringt, beruhen durchweg auf Irrtum.

Richtig ist, daß das Krankenversicherungsgesetz im § 42 Abs. 4 die Amtsenthebung nur für entsprechende Tatbestände vorsah, wie sie jetzt im § 12 RVO. als Ausnahmen von der Wählbarkeit angeführt sind (Beschränkung in der Verfügung über das Vermögen, gewisse Verurteilungen, grobe Verletzung der Amtspflichten), und daß deshalb unter der Herrschaft des KVG. angenommen wurde, daß das Amt des Gewählten, der aufhört, Arbeitgeber oder Versicherter zu sein, mit dem Eintritt dieser Tatsache, ohne Amtsenthebung erlischt. Ich habe selbst dieserhalb auf die Entsch. des preuß. OVG. in Arb.Vers. 1908 S. 695, ferner auf Arb.Vers. 1907 S. 756, 1911 S. 70 Ziff. 6 hingewiesen. Aber unrichtig ist die Behauptung von Kleeis, daß nach der Begr. zu § 24 RVO. (§ 21 Entw.) hier „nur" das übernommen worden sei, was das KVG. besagte. Die Begr. bemerkt vielmehr (S. 41): „Die für die Krankenversicherung geänderten Vorschriften über die Wählbarkeit zu den Ehrenämtern machen das, was im § 42 KVG. über Amtsenthebung bestimmt ist, zum Teil entbehrlich. Es genügt eine kürzere Fassung ähnlich der, die jetzt das Invalidenversicherungsgesetz und die Unfallversicherungsgesetze enthalten. Soweit es sich nicht um Tatsachen handelt, welche die Wählbarkeit ausschließen, sollen nur solche Tatsachen in Betracht kommen, welche die Vertrauenswürdigkeit in bezug auf die Führung der Kasse des Versicherungsträgers ausschließen . . . ." Die Uebernahme des bisherigen Rechts aus dem § 42 KVG. in den § 24 RVO. bezieht sich also nur auf die zuletzt erwähnten Tatsachen, nicht auch auf die Tatsachen, die die Wählbarkeit ausschließen. In dieser Hinsicht lehnt sich vielmehr § 24 RVO. wie die Begr. besonders hervorhebt, an die nach dem Invalidenversicherungsgesetz und den Unfallversicherungsgesetzen geltenden Vorschriften an, die nunmehr für alle Versicherungsträger, also auch für die Organe der Krankenkassen, gelten. Diese Vorschriften besagten aber: „Werden hinsichtlich eines Gewählten Tatsachen bekannt, welche dessen Wählbarkeit nach Maßgabe dieses Gesetzes ausschließen . . . so ist der Gewählte, nachdem ihm Gelegenheit zur Aeußerung gegeben ist, durch Beschluß des Vorstandes seines Amtes zu entheben" (§ 91 JVG, § 47 GUVG. usw.) Daß sich diese Vorschriften auf alle Fälle des nachträglichen Verlustes der Wählbarkeit, also auch auf die Fälle des Ausscheidens aus dem Kreise der Arbeitgeber oder Versicherten bezogen, das konnte nach der uneingeschränkten Fassung nicht im mindesten zweifelhaft sein (zu vgl. Mot. S. 299 zu

§ 91 JVG., § 52 b Entw. und Isenbart-Spielhagen Anm. 5 zu § 88, Anm. 1 zu § 91 JVG.). Das Gleiche ist jetzt im § 24 RVO. auch für die Organe der Krankenversicherung bestimmt, nur mit der Abweichung, daß hier nicht der Vorstand, sondern die Aufsichtsbehörde zu beschließen hat. Man hat also, in der Absicht, eine gleiche Regelung für alle Versicherungszweige einzuführen, eine Lücke des Krankenversicherungsgesetzes ausgefüllt. Deshalb ist auch die Berufung auf die Bemerkung eines Regierungsvertreters in der Kommission (Ber. I S. 21), daß die neue Vorschrift dem bisherigen Rechte, wie es im § 42 KVG. begründet sei, entspreche, verfehlt. Denn das bezog sich eben nur auf den Inhalt des § 42 KVG., nicht aber auf den darüber hinaus zugleich in den § 24 RVO. aufgenommenen Inhalt des § 91 JVG., § 47 GUVG., wodurch für die Krankenversicherung zum Teil neues Recht geschaffen wurde.

Seine Meinung, daß § 24 Abs. 1 RVO. sich nur auf die Tatsachen beziehe, „die seither § 42 KVG. und jetzt § 12 RVO. aufführt", glaubt Kleeis auch aus dem Zusammenhang des Abs. 2 des § 24 RVO. mit Abs. 1 herleiten zu können. „Was hätte es für einen Zweck, einen Gewählten, der aus der Kasse ausgeschieden ist, zu einer Aeußerung aufzufordern? An der Tatsache des Ausscheidens wäre nichts zu ändern. Diese „Gelegenheit zur „Aeußerung" beweist, daß man mit den Vorgängen im Sinne des Abs. 1, die die Wählbarkeit ausschließen, andere im Auge hatte als das Ausscheiden aus dem Kreise der Beteiligten." Das ist eine erstaunliche Aeußerung aus der Feder eines erfahrenen Praktikers! Weiß Kleeis nicht, daß die Frage, ob jemand aus dem Kreise der wählbaren Arbeitgeber oder Versicherten ausgeschieden ist, sowohl in tatsächlicher, wie in rechtlicher Hinsicht oft überaus zweifelhaft und streitig sein kann? Ist es z. B. immer ganz zweifelsfrei, ob ein Arbeitgeber noch „regelmäßig" mindestens einen Versicherungspflichtigen beschäftigt (§ 13 Abs. 1); oder ob er überhaupt noch einen „Versicherungspflichtigen" beschäftigt, wenn sein einziger Beschäftigter sein Sohn ist; oder ob jemand aufgehört hat, wählbarer „Geschäftsführer" eines im Sinne des § 13 Abs. 2 (§ 332 Abs. 2) „beteiligten" Arbeitgebers zu sein, wenn ihm eine andere Arbeitsstelle innerhalb des Betriebes zugewiesen worden ist usw.? Kann es ferner nicht sehr oft zweifelhaft sein, ob ein Gewählter aus dem Kreise der wählbaren Versicherten ausgeschieden ist, wenn dies davon abhängt, ob er die Verdienstgrenze nach § 165 Abs. 2 oder die Einkommensgrenze nach § 178 (§ 314 Abs. 2) überschritten oder die freiwillige Mitgliedschaft wegen Verzugs in der Beitragsentrichtung nach § 314 Abs. 1 verloren hat; oder z. B. wenn es sich darum handelt, ob das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis durch die Einziehung zum Kriegsdienst gelöst ist? In allen solchen Fällen wird es doch wohl einer Prüfung und Entscheidung der Frage, ob die Wählbarkeit weggefallen ist, und ebendeshalb auch der vorgängigen Anhörung des Gewählten bedürfen, wenn man nicht dem Recht und der Billigkeit ins Gesicht schlagen will. Nun ist zuzugeben, daß in den meisten Fällen der Tatbestand und die Rechtsfrage klarer liegen werden; oft wird auch der Betroffene den Verlust seiner Wählbarkeit garnicht bestreiten, vielleicht sogar selbst ihn dem Vorstande anzeigen. In letzterem Falle wird sich selbstverständlich der Regel nach seine Anhörung nach § 24 Abs. 2 erübrigen, weil er sich bereits geäußert hat. Dagegen erübrigt sich in keinem Falle, auch nicht bei erklärtem Einverständnis des Gewählten, eine Prüfung des Sachverhalts und ein Ausspruch über den Verlust des Ehrenamts. Denn es handelt sich hier um die Beobachtung von Vorschriften öffentlichen Rechts über Rechte und Pflichten, die der Verfügung des Beteiligten entzogen sind. Der Gewählte, der den Verlust der Wählbarkeit zugesteht, könnte sich dabei in einem tatsächlichen oder rechtlichen Irrtum befinden, oder die zweifelhafte Lage der Sache könnte für ihn ein willkommener Anlaß sein, sich ohne gesetzliche Ablehnungsgründe (§§ 17, 24 Abs. 4), unter dem Vorwande des Ver-

lustes der Wählbarkeit, lästigen Amtspflichten zu entziehen. Deshalb bedarf es in allen Fällen, auch in den scheinbar klarsten, einer Entscheidung, und zu dieser ist bei Krankenkassen nach § 24 Abs. 1 nur die Aufsichtsbehörde berufen. Ich halte es für bedauerlich, daß man nicht auch in diesem Punkte Rechtsgleichheit zwischen allen Versicherungsträgern hergestellt und (wie im Abs. 4) gleichmäßig den Vorstand zur Entscheidung berufen hat; aber das geltende Gesetz fordert Beachtung, d. h. der Vorstand hat in allen Fällen die Sache dem Versicherungsamt zu unterbreiten und dieses hat über die Amtsenthebung zu beschließen. Wenn statt dessen der Vorstand „mit dem Ausscheiden aus der Kasse auch ohne weiteres und selbstverständlich ein Ausscheiden aus dem Amte annimmt" (so Kleeis a. a. O. Sp. 595), so bedeutet das nichts anderes als daß er sich selbst die Entscheidung anmaßt, die dem Versicherungsamt gebührt, und die Aufsichtsbehörde, die eine solche Uebung duldet, macht sich zur Mitschuldigen einer offenkundigen Gesetzesverletzung (§ 30 RVO.). Die von Kleeis herangezogene Vorschrift in § 327, wonach Ausschußmitglieder, wenn sie in den Vorstand gewählt werden, aus dem Ausschuß ausscheiden, berührt unsere Frage in keiner Weise; denn dort handelt es sich nicht um Verlust der Wählbarkeit, der eine Amtsenthebung nach § 24 erforderlich machte, sondern um ein Ausscheiden kraft Gesetzes auf Grund besonderer Gesetzesvorschrift.

Ebenso verfehlt ist der Hinweis auf § 79 Abs. 9 der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen und auf § 19 der Musterwahlordnung. An beiden Stellen ist davon die Rede, daß die Ersatzmänner im Falle des Ausscheidens „oder" der Amtsenthebung (§ 24) gewählter Personen an ihre Stelle treten. Hier werde, so meint Kleeis, ausdrücklich ein Unterschied gemacht zwischen dem Ausscheiden und der Amtsenthebung, und das wäre mehr als zwecklos, wenn auch die Ausscheidenden erst ihres Amtes enthoben werden müßten. Wieder ein Irrtum! Denn es gibt eben neben dem Verluste der Wählbarkeit und den anderen Gründen der Amtsenthebung von denen § 24 Abs. 1 handelt, auch Fälle des Ausscheidens aus dem Amte ohne Amtsenthebung, wie z. B. den erwähnten Fall des § 327 oder den Fall des Todes eines Gewählten.

Hiernach hat Kleeis für seine Meinung, daß es im Falle des Ausscheidens eines Gewählten aus dem Kreise der Arbeitgeber oder Versicherten eines Enthebungsbeschlusses nicht bedürfe, nichts Durchschlagendes vorgebracht — wenn man nicht etwa das oben gekennzeichnete Ergebnis seiner Rundfrage als einen Beweisgrund gelten lassen will. Im übrigen steht, soweit ich die Literatur übersehe, Kleeis mit seiner Ansicht allein auf weiter Flur. Die Erklärer des Gesetzes erwägen die Frage nicht besonders, ersichtlich deshalb, weil sie bei dem klaren Wortlaut des § 24 Abs. 1 gar keinen Zweifel hegen, daß in allen Fällen des Wegfalls der Wählbarkeit ein Enthebungsbeschluß gefaßt werden muß. In welchem Zusammenhange mit der Ansicht von Kleeis die von ihm angeführten Stellen bei Schulz (Die Wahl S. 595) und bei Hanow (Anm. 3 zu § 24; zu vgl. auch Anm. 4 zu § 12 und Anm. 11 zu § 47) stehen sollen, ist unerfindlich. Auch sie setzen ja gerade — im Gegensatz zu Kleeis — einen Enthebungsbeschluß in allen Fällen voraus, indem sie eine ganz andere Frage erörtern, nämlich die: ob der Beschluß die Unfähigkeit zur Amtswaltung wegen Wegfalls der Wählbarkeit erst begründet oder sie nur feststellt. Beide Schriftsteller entscheiden sich (übrigens ohne Begründung) im letzteren Sinne, nehmen also an, daß die Unfähigkeit zur Amtswaltung schon mit dem Wegfall der Wählbarkeit ohne weiteres eintritt und daß der Beschluß nur erforderlich ist, um dies klarzustellen. (Ebenso Kaskel-Sitzler, Grundriß des soz. Vers.R. S. 55, Mentzel-Schulz-Sitzler Anm. 3 zu § 120 Angest.Vers.Ges.). Ich kann diese Ansicht nicht teilen. Der § 24 Abs. 1 behandelt die beiden Fälle, daß Tatsachen bekannt werden, welche die Wählbarkeit oder die Vertrauenswürdigkeit des Gewählten ausschließen, ganz gleichmäßig. Niemand wird

meinen, daß das Ehrenamt mit dem Wegfall der Vertrauenswürdigkeit ohne weiteres erlischt; es fehlt daher an einem ausreichenden Grunde den Wegfall der Wählbarkeit anders zu beurteilen. Die Dringlichkeit der Beseitigung des Gewählten ist beim Wegfall seiner Interessengemeinschaft durch Ausscheiden aus dem Kreise der Beteiligten mindestens nicht größer als beim Wegfall seiner Vertrauenswürdigkeit und kann in keinem der beiden Fälle rechtfertigen, das Amt sofort, also vor ordnungsmäßiger Prüfung und Entscheidung, für erledigt zu erachten.

Ueberdies ist die Fassung des Gesetzes zu beachten. Wenn es fordert, daß der Gewählte „seines Amtes durch Beschluß zu entheben" ist, so drückt es aus, daß er bis zur Beschlußfassung im Amte bleibt. Es fehlt auch jede rechtliche Möglichkeit, den Gewählten vorher von der Amtswaltung auszuschließen; denn wer dies täte, würde damit schon der Entscheidung vorgreifen, sie vollstrecken, ehe sie gefällt ist. Hätte nun der Beschluß nur die Bedeutung, den schon früher eingetretenen Amtsverlust klarzustellen, so hätte in der Zwischenzeit ein Unbefugter die ehrenamtlichen Verrichtungen wahrgenommen, woraus sehr erhebliche und recht peinliche Schwierigkeiten entstehen könnten. Solchen Unzuträglichkeiten beugt das Gesetz vor, wenn man es dahin versteht, daß das Amt erst durch den Enthebungsbeschluß erlischt, nicht schon in dem unter Umständen recht unsicheren Zeitpunkt, in welchem die Wählbarkeit weggefallen war. In dem hier vertretenen Sinne, also dahin, daß der Gewählte bis zur Enthebung rechtsgültig im Amte bleibt, haben sich auch geäußert: nach dem älteren Recht (§ 91 JVG.) Rosin, Recht der Arbeiterversicherung II S. 235 Anm. 64, Landmann-Rasp-Graßmann Anm. 1 zu § 91 JVG., unter Bezugnahme auf die Entsch. des RVA. 509, 639 Amtl. Nachr. 1888 S. 207, 249; für das Recht der RVO., Bassenge in Monatsschr. 1913 Sp. 511, Düttmann Anm. 2 zu § 12 und Anm. 4 zu § 24 RVO., Lippmann-Siefart-Laß Anm. 6 zu § 24.

Diese Auslegung des Gesetzes empfiehlt sich auch aus praktischen Erwägungen. Sie ermöglicht unter Umständen, bei vorübergehendem Wegfall der Wählbarkeit die Organmitglieder im Amt zu erhalten, was im Interesse der Stetigkeit der Verwaltung oft erwünscht sein wird. Scheidet z. B. ein Gewählter aus dem Kreise der Versicherten durch Einziehung zum Kriegsdienst aus und zöge dies, entsprechend der gegnerischen Meinung, sofort den Verlust des Ehrenamts nach sich, so müßte der Vorstand des Versicherungsträgers oder bei Krankenkassen die Aufsichtsbehörde die Amtsenthebung auch dann aussprechen, wenn im Zeitpunkt der Beschlußfassung der Eingezogene wieder aus dem Heeresdienst entlassen und in dasselbe versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zurückgekehrt, der Wegfall seiner Wählbarkeit also wieder behoben wäre. Wenn dagegen, wie ich annehme, der Verlust des Amtes erst durch die Enthebung eintritt, so würde diese sich erübrigen, wenn vor der Beschlußfassung durch den Wiedereintritt in die Versicherung die Wählbarkeit wieder gegeben ist.

Am Schlusse seiner Ausführungen bemerkt Kleeis: „Die Durchführung der sozialen Versicherung, namentlich der Krankenversicherung, sollte leicht und flüssig und von bureaukratischem Beiwerk befreit sein." Diesem allgemein gehaltenen Wunsche stimme ich zu. Wenn aber hinzugefügt wird: „Es wäre deshalb zweckmäßig, wenn die hier (von Kleeis!) vertretene Ansicht zu allgemeiner Anerkennung käme," so fordert das den schärfsten Widerspruch heraus. Denn die Ansicht von Kleeis — das soll zur Vermeidung eines Mißverständnisses hier nochmals festgestellt werden —geht dahin, daß es beim Wegfall der Wählbarkeit eines Enthebungsbeschlusses nach § 24 Abs. 1 und folglich auch einer Anhörung des Gewählten nach Abs. 2 überhaupt nicht bedürfe; daß also z. B. die Kassenverwaltung über einen zum Kriegsdienst eingezogenen Versicherten, den sie — die Kassenverwaltung! — als ausgeschieden und deshalb

seines Amtes verlustig betrachtet, einfach zur Tagesordnung übergehen, einen Ersatzmann (nicht bloß Stellvertreter) für ihn einberufen oder auch eine Neuwahl ausschreiben darf. Diese mit den Worten, den Zwecken und der Entstehungsgeschichte unverträgliche, von niemandem als den (der Gesetzunkenntnis geständigen) Berichterstattern des Herrn Kleeis geteilte Ansicht bedeutet schlimmste Willkür und Unbilligkeit, und ihre Anerkennung wäre nichts als Umgehung einer in sich klaren Gesetzesvorschrift.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungspflicht und Ansprüche der Kriegsbeschädigten.

Erlaß des **preuß. Kriegsministers** vom 16. Juni 1916.

Noch im aktiven Militärdienst befindlichen Kriegsbeschädigten steht als Personen des Soldatenstandes bei Erkrankungen, gleichgültig aus welcher Ursache, freie militärärztliche Behandlung und Lazarettverpflegung zu. Werden sie in Betrieben beschäftigt, so sind sie von der reichsgesetzlichen Versicherung nur dann befreit, wenn diese Beschäftigung einen Teil der ärztlichen Behandlung, also sogen. Arbeitstherapie darstellt. Das ist der Fall, wenn die betreffenden Kriegsbeschädigten aus Gründen der Heilbehandlung zur Betriebsbeschäftigung kommandiert werden und wenn während dieser Beschäftigung eine gewisse ärztliche Aufsicht in einer der Sachlage angepaßten Form Platz greift. Während dieser Kommandierung erlittene Unfälle würden als Dienstbeschädigung, d. h. als Voraussetzung für eine etwaige Militärversorgung in Betracht kommen, wenn sie sich als Betriebsunfälle bei der als Arbeitstherapie anzusehenden Tätigkeit darstellen und bei der Entlassung aus dem aktiven Militärdienst eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 10 v. H. bedingen. Derartige Versorgungsgebührnisse werden erst nach der Entlassung aus dem aktiven Militärdienst bezahlt.

Liegen die genannten Voraussetzungen der Arbeitstherapie nicht vor — z. B. bei Beurlaubungen in Arbeitsbetriebe —, so unterliegen die Kriegsbeschädigten in vollem Umfange der reichsgesetzlichen Versicherung und haben gegen die Versicherungsträger Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen. Soweit bei Krankheit die Militärverwaltung für Krankenpflege einzutreten hat, entfällt dieser Anspruch gegen die Krankenkassen, die dann nur Barleistungen (Kranken- und Sterbegeld) zu gewähren haben.

Aus dem aktiven Militärdienst entlassene Kriegsbeschädigte haben bei Erkrankungen oder bei Betriebsunfällen, auch wenn diese unmittelbar oder mittelbar mit einer versorgungsberechtigenden Kriegsbeschädigung zusammenhängen, keinen Rechtsanspruch auf freie militärärztliche Behandlung und Lazarettverpflegung. Lazarettbehandlung kann ihnen unter bestimmten Voraussetzungen gewährt werden. Bei Verschlimmerung eines Leidens, das Grund zu einer Militärversorgung gegeben hat, wird eine entsprechende höhere Militärversorgung gewährt ohne Rücksicht auf die Ursache der Verschlimmerung, also u. a. auch, wenn die Verschlimmerung durch einen Betriebsunfall bedingt ist. Ob diese Voraussetzung bei einem Betriebsunfalle vorliegt, entscheidet die Militärbehörde unter Ausschluß des Rechtsweges. Militärversorgungsgebührnisse werden gezahlt neben den Renten aus der reichsgesetzlichen Versicherung. Inwieweit bei Invalidität oder bei dauernd völliger Erwerbsunfähigkeit Versicherungsfreiheit eintritt oder der Anspruch auf Unfallrente verloren geht, ergeben die §§ 1236 und 561 RVO.

Im übrigen wird auch auf den Erlaß des Kriegsministeriums vom 17. Mai 1916 (Armee-Verordnungsbl. 1916 S. 218) hingewiesen, der lautet: Personen des Soldatenstandes, die in Privatbetrieben beschäftigt werden, unterliegen der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenen- sowie der Angestelltenversicherung nur dann, wenn sie beurlaubt sind. Dagegen kommt bei einer Kommandierung die gesetzliche Versicherung nicht in Betracht; sie darf daher, wie dies in einigen Fällen geschehen sein soll, von den Dienststellen den Unternehmern gegenüber nicht gefordert werden. Vom Dienst Zurückgestellte sind in versicherungsrechtlicher Beziehung wie Zivilpersonen zu behandeln.

Kein Ersatzanspruch des Armenverbandes, wenn ein Geisteskranker nur zum Schutz anderer untergebracht war.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 4. Juli 1916 (2254 Amtl. Nachr. 1916 S. 638).

Die Vorinstanzen stützen ihre Entscheidung in erster Reihe darauf, daß in dem körperlichen oder geistigen Zustand des K. am Tage seiner Festnahme im Verhältnis zur vorhergehenden Zeit keine die Heilbehandlung erfordernde Veränderung eingetreten und daß er mithin damals nicht krank im Sinne des § 182 RVO. gewesen sei. Diese Feststellung ist indessen nach dem Akteninhalte nicht einwandfrei; denn Dr. S. hebt in seinem Gutachten hervor, daß K. den Eindruck mache, als stehe er unter einer schweren Gemütsdepression, und spricht ferner den Verdacht aus, daß eine Geistesstörung vorliege, die sowohl ihm wie anderen gefährlich werden könne. Mit diesem Gutachten setzen sich die Vorinstanzen in Widerspruch, ohne ihre widersprechende Feststellung ausreichend zu begründen.

Wenn sie ihre Entscheidung ferner darauf stützen, daß K. bei seiner Festnahme nicht hilfsbedürftig im armenrechtlichen Sinne gewesen sei, weil er arbeitsfähig gewesen und außerdem seine Festnahme nicht zwecks Fürsorge für ihn, sondern lediglich wegen seiner Gefährlichkeit für andere erfolgt sei, so ist auch das mit dem Inhalt der Akten nicht in Einklang zu bringen. Denn wenn der von Dr. S. ausgesprochene Verdacht einer Geistesstörung sich bestätigte, so hätte ein Verbleiben des K. in seinen bisherigen Verhältnissen, wie schon sein Selbstmordversuch zeigt, nicht nur für andere, sondern auch für ihn selbst so schwere Gefahren mit sich gebracht, daß seine Unterbringung zwecks Fürsorge für ihn angezeigt gewesen wäre. In diesem Falle wäre der Ersatzanspruch gerechtfertigt. Das Königlich Preußische Oberverwaltungsgericht nimmt allerdings an, daß auch die lediglich wegen Gemeingefährlichkeit, also zum Schutze anderer erfolgende Festnahme eines an sich arbeitsfähigen Menschen diesen hilfsbedürftig im armenrechtlichen Sinne mache, falls nur im übrigen die Voraussetzungen der Armenfürsorge gegeben seien, und begründet diese Auffassung damit, daß ein Mensch, dessen krankhafte Neigungen ihn der Allgemeinheit so gefährlich machen, daß sie ihm in ihrer Mitte die zur Beteiligung am Erwerbsleben erforderliche Freiheit nicht lassen dürfe, nicht als in dieser Gesellschaft erwerbsfähig gelten könne (Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts Bd. 47 S. 6 bis 24, insbesondere S. 8, und unter Bezugnahme darauf Bd. 54 S. 154; ferner Arb.Vers. 1910 S. 550 und 1913 S. 34). Der Senat hat sich dieser Auffassung nicht anschließen können; denn nach dem allgemeinen Sprachgebrauche kann als hilfsbedürftig nur derjenige angesehen werden, der in seinem eigenen Interesse einer Fürsorge bedarf, mag diese auch zugleich aus anderen Gründen geboten sein. Mit Rücksicht hierauf verneint der Senat in Uebereinstimmung mit der ständigen Rechtsprechung des Bundesamts für das Heimatwesen (zu vgl. Entsch. Bd. 38 S. 81, Bd. 40 S. 75, 76, 80, Bd. 42 S. 53, 56, 58 sowie Wohlers-Krech, Das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz, 13. Aufl., Anm. 15 Be zu § 28; Eger, Kommentar zum selben Gesetze, 6. Aufl., Anm. 2 B VII Ic zu § 1) das Vorliegen der Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Armenfürsorge in solchen Fällen, in denen die Unterbringung eines Menschen nur wegen seiner Gemeingefährlichkeit, also ausschließlich zum Schutze anderer erfolgt. Wohl aber macht die Unterbringung namentlich dann hilfsbedürftig im Sinne des § 1531 RVO., wenn dem Erkrankten aus dem Verbleiben in seiner bisherigen Umgebung infolge seines Zustandes eine erhebliche Gefahr erwachsen würde. Daran ändert es auch nichts, wenn daneben für die Unterbringung die Gefährlichkeit des Erkrankten für andere bestimmend gewesen ist.

Ob nun bei K. zur Zeit seiner Unterbringung im St.-Asyl eine geistige Erkrankung bestand, die für ihn selbst beim Belassen in seinen häuslichen Verhältnissen eine erhebliche Gefahr bedeutet haben würde, oder ob er selbst sonst wegen der Krankheit einer Fürsorge bedurfte, ist aus dem Gutachten des Dr. S. allein noch nicht mit hinreichender Sicherheit festzustellen; weitere Ermittlungen sind in dieser Richtung nach den Akten nicht angestellt, insbesondere fehlt eine Aeußerung der Aerzte, die K. im St.-Asyl beobachtet und behandelt haben. Deshalb mußte die Sache unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückverwiesen werden.

B. Zur Krankenversicherung.

In Preußen dürfen die Kassen ein gebührenpflichtiges Mahnverfahren einführen.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 17. Juni 1916 (2257 Amtl. Nachr. 1916 S. 642).

Nach § 28 Abs. 2 Satz 1 RVO. kann, soweit es nicht bereits landesgesetzlich vorgeschrieben ist, durch die Satzung des Versicherungsträgers bestimmt werden, daß dem Beitreibungsverfahren ein Mahnverfahren vorangeht und daß dafür eine Mahngebühr erhoben wird. Es fragt sich, ob eine solche Satzungsbestimmung in Preußen zulässig ist, nachdem dort durch § 7 der Verordnung, betreffend das Zwangsverwaltungsverfahren wegen Beitreibung von Geldbeträgen, vom 15. November 1899 (Gesetzsamml. S. 545), abgeändert durch Verordnung vom 18. März 1904 (Gesetzsamml. S. 36) und durch Art. 18, 19 der Ausführungsanweisung vom 28. November 1899 (Zentralblatt der Abgaben-Gesetzgebung und Verwaltung 1900 S. 44), abgeändert durch Erlaß vom 4. Juli 1904 (Ministerialblatt der Handels- und Gewerbeverwaltung S. 438) und vom 20. Juni 1912 (Ministerialblatt S. 506) für das Beitreibungsverfahren bestimmt wurde, daß der Zwangsvollstreckung „in der Regel eine Mahnung vorhergehen soll". Wenngleich der nicht völlig klare Wortlaut des § 28 Abs. 2 Satz 1 RVO. zu Zweifeln Anlaß gibt, muß die obengestellte Frage doch nach Enstehungsgeschichte und Zweckbestimmung dieser Vorschrift bejaht werden. Sie ist aus § 55 Abs. 3 KVG. hervorgegangen. Danach konnte, sofern nach Gemeindebeschluß oder Kassenstatut der Einleitung des Beitreibungsverfahrens ein Mahnverfahren voranging, von Arbeitgebern, welche die Eintrittsgelder und Beiträge nicht zum Fälligkeitstermin eingezahlt hatten, eine Mahngebühr erhoben und wie Rückstände beigetrieben werden. Der Zweck dieser durch die Novelle vom 10. April 1892 in das Krankenversicherungsgesetz eingefügten Vorschrift bestand, wie die Begründung S. 65 ergibt, darin, in vielen Fällen die Einziehung rückständiger Beiträge ohne Einleitung des weitläufigeren und teueren Beitreibungsverfahrens zu ermöglichen. Die Befugnis der Krankenkassen, ein gebührenpflichtiges Mahnverfahren einzuführen, war hiernach nicht beschränkt. Von ihr haben die Krankenkassen in weitem Umfang und mit gutem Erfolge Gebrauch gemacht, ohne daß sich dabei irgendwelche Unzuträglichkeiten ergeben hätten. Auch der Entwurf einer Reichsversicherungsordnung vom Januar 1909 (§ 26) sah keine Einschränkung dieser Befugnis vor. Erst der dem Reichstag vorgelegte Entwurf enthielt im § 25 Abs. 2 eine Vorschrift, die als § 28 Abs. 2 in die Reichsversicherungsordnung aufgenommen worden ist. Dazu wurde in der Begründung S.44 ausgeführt: „Ein Mahnverfahren ist nach der Begründung zur Novelle vom 10. April 1892 zu dem Zwecke eingeführt, um rückständige Beiträge einziehen zu können, ohne das umständlichere und kostspieligere Beitreibungsverfahren einzuleiten. Wie die Satzung im Falle des Abs. 2 das Mahnverfahren regeln will, bleibt ihr überlassen. Es kann auf eine einfache Erinnerung des Säumigen beschränkt bleiben. Dazu bedurfte es allerdings keiner besonderen gesetzlichen Ermächtigung, wohl aber ist diese dann nötig, wenn eine Mahngebühr erhoben werden soll." Im übrigen bieten weder die Begründung noch auch die Kommissionsberatungen und Verhandlungen des Reichstags einen Anhalt dafür, daß an der bisherigen bewährten Praxis etwas geändert werden sollte. Es kann daher nur angenommen werden, daß die Einschränkung im § 28 Abs. 2 RVO. sich nicht auf Mahnungen bezieht, die nach Landesrecht von der Vollstreckungsbehörde ausgehen und als Voraussetzung der Zwangsvollstreckung einen Teil des auf Antrag des Gläubigers stattfindenden Beitreibungsverfahren bilden. Nur um solche die Beitreibung einleitende Mahnungen handelt es sich im § 7 der erwähnten preußischen Verordnung (Art. 15 der Ausführungsanweisung). Vielmehr könnte diese Einschränkung nur solche Mahnungen treffen, welche nach Landesrecht dem Beitreibungsverfahren voranzugehen haben und somit keinen Teil dieses Verfahrens bilden. In Preußen sind demnach die Krankenkassen nicht gehindert, nach § 28 Abs. 2 ein dem Beitreibungsverfahren vorhergehendes gebührenpflichtiges Mahnverfahren durch die Satzung einzuführen (zu vgl. Hoffmann, Arb.Vers. 1915 S. 55; Ortskrankenkasse 1915 Sp. 574; dagegen Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 4 b zu § 28 RVO. und Nachtrag S. 848).

Daß bei den Kassen in zahlreichen Fällen das Bedürfnis für ein eigenes gebührenpflichtiges Mahnverfahren besteht, kann nicht zweifelhaft sein. Die Kassenverbände, die hierüber vom Reichsversicherungsamte gehört worden sind, haben es im wesentlichen übereinstimmend anerkannt. . . .

Auch der Beschlußsenat des Königlich Bayerischen Landesversicherungsamts hat in seiner Entsch. v. 2. Februar 1916 (K 9/15) die Zulässigkeit der Einführung eines gebührenpflichtigen Mahnverfahrens durch Krankenkassen für Bayern anerkannt, obschon das bayerische Umlagegesetz vom 14. August 1910 im Beitreibungsver-

fahren eine Mahnung vor der Zwangsvollstreckung vorsieht.

Die Kasse kann nicht im Aufsichtswege zur Gewährung von Krankenhauspflege angehalten werden.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 17. Juni 1916 (2260 Amtl. Nachr. 1916 S. 647).

§ 184 Abs. 1 RVO. schreibt vor, daß die Kasse an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Kur- und Verpflegung in einem Krankenhause gewähren kann. Nach Abs. 4 „soll" sie in drei im vorhergehenden Absatz aufgeführten Fällen „möglichst" Krankenhauspflege gewähren. Wie das Reichsversicherungsamt wiederholt, insbesondere in den Revisionsentscheidungen 1935 und 2191 (Amtl. Nachr. 1914 S. 818, 1916 S. 478), ausgesprochen hat, gibt diese Vorschrift den Versicherten, selbst in sogenannten dringenden Fällen, keinen im Spruchverfahren verfolgbaren Anspruch auf Krankenhauspflege. Eine Verurteilung im Spruchverfahren ist nur möglich, wenn eine rechtliche Verpflichtung zur Gewährung einer Leistung besteht. Dies ist vorliegend schon deshalb ausgeschlossen, weil es sich auch bei Abs. 4 um eine Soll-, keine Mußvorschrift handelt. Dahingestellt blieb in früheren Urteilen des Reichsversicherungsamts die andere hier zu entscheidende Frage, ob in den Fällen des Abs. 4 die Aufsichtsbehörde die Kasse im Einzelfalle zur Gewährung der Krankenhauspflege anhalten dürfe.

In dem Entwurf einer Reichsversicherungsordnung war gegenüber dem früheren Rechtszustande, wonach die Uebernahme der Krankenhausbehandlung im Ermessen der Kasse stand (§ 7 KVG.), keine Aenderung vorgesehen. Die Begründung zum Entwurfe (S. 156) bemerkte dazu, daß die Gewährung von Krankenhauspflege nach wie vor nicht zwar dem Belieben, wohl aber dem pflichtmäßigen Ermessen der Träger der Krankenversicherung überlassen geblieben sei. „Allerdings lassen sich Fälle denken, in denen es erwünscht sein könnte, ein Recht, die Krankenhauspflege zu verlangen, sei es dem Erkrankten selbst, sei es der Aufsichtsbehörde einzuräumen. Indessen würde es große Schwierigkeiten bereiten, hier die sachgemäßen Grenzen zu finden, und das Vorkommen zahlreicher Zweifel- und Streitfälle sich doch kaum verhindern lassen." In der Reichstagskommission wurde die Einführung einer obligatorischen Krankenhauspflege gefordert. Sie sollte Platz greifen, wenn sie nach dem Gutachten des behandelnden Arztes notwendig wäre oder wenn der Kranke keinen eigenen Haushalt hätte und Krankenhauspflege verlangte. Dieser Antrag ist jedoch abgelehnt worden. Zwar erscheine — so wurde ihm entgegengehalten — der Wunsch, Krankenhauspflege möglichst umfassend zu gewähren, berechtigt. Der Antrag gehe aber zu weit und seine Durchführbarkeit scheitere an dem Mangel an Krankenhäusern. Auch würde übersehen, daß viele Krankenhäuser aus Mangel an Betten leichte Kranke überhaupt nicht aufnähmen. Daraufhin wurde ein anderer Antrag angenommen, dem Abs. 4 a. a. O. seine Entstehung verdankt. Zu seiner Begründung war ausgeführt worden, man wollte nicht so weit gehen wie der erwähnte frühere Antrag, dessen Durchführbarkeit in der Tat an den Verhältnissen oft scheitern würde. Anderseits müßte Wert darauf gelegt werden, daß die Kassen da, wo es notwendig und möglich wäre die Krankenhauspflege auch gewährten. Der neue Antrag gäbe der Beschwerdeinstanz die Möglichkeit, nach eigener Prüfung der Verhältnisse eine von der ablehnenden Entschließung des Kassenvorstandes abweichende Entscheidung zu treffen (zu vgl. Kommissionsbericht II S. 64 ff.).

Aus diesen Darlegungen ist gefolgert worden, daß es nach Einfügung des Abs. 4 nicht mehr im freien Belieben, sondern im pflichtmäßigen Ermessen der Kasse stände, die Krankenhauspflege zu gewähren, daß die Aufsichtsbehörde berechtigt wäre, das Ermessen der Kasse im Einzelfalle nachzuprüfen und sie bei unberechtigter Weigerung zur Gewährung der Krankenhausbehandlung zwangsweise anzuhalten (zu vgl. Düttmann-v. Frankenberg, Anm. 3e zu § 184; ähnlich Entsch. des Königl. Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 16. Oktober 1914 in Arb.Vers. 1915 S. 201 und insbesondere die Anmerkung der Schriftleitung hierzu; Vorentscheidung des Oberversicherungsamts Mannheim vom 1. Februar 1915 in Arb.Vers. 1915 S. 825). Auch Hahn, Handb. der Krankenvers., führt in Anm. 3b zu § 184 aus, durch Abs. 4 sei der Kasse eine gesetzliche Anweisung gegeben, die sie nicht grundlos unbeachtet lassen dürfe und auf deren Beobachtung das Versicherungsamt im Aufsichtswege hinzuwirken habe, wobei freilich vorausgesetzt werde, daß die Verpflichtung der Kasse zur Fürsorge an sich nicht streitig sei (ebenso Kunowsky, Krankenversicherung und Armenverbände S. 16/17).

Der Senat konnte sich diesen Ansichten nicht anschließen. Im Interesse der allgemeinen Volksgesundheit würde auch er es gewiß begrüßt haben, wenn die Krankenkassen im Einzelfalle zur Uebernahme der Krankenhauspflege angehalten werden könnten. Aus der Entstehungsgeschichte des § 184 Abs. 4 hat er aber einen solchen Zwang gegen die Krankenkassen nicht herleiten können. Dem steht vor allem die ausdrückliche Ablehnung der Aufnahme einer Mußvorschrift seitens der Reichstagskommission entgegen. Die rechtliche Zulässigkeit eines solchen Zwanges konnte auch nicht aus § 30 entnommen werden, wonach die Aufsichtsbehörde für Beobachtung von Gesetz und Satzung

zu sorgen hat. Wenngleich die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse auch zur Befolgung gesetzlicher oder satzungsmäßiger Sollvorschriften anhalten kann, so gilt dies doch nicht für die Fälle des § 184 Abs. 4. Denn Versicherungsleistungen, zu denen die Durchführung eines Heilverfahrens in einem Krankenhause gehört, können den Versicherungsträgern nur durch Verurteilung im Spruchverfahren auferlegt werden. Dies folgt daraus, daß nach den erschöpfenden Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung über das Verfahren lediglich das Spruchverfahren zur Durchführung eines Streites über Versicherungsleistungen bestimmt ist. Die Gewährung von Leistungen, die im Spruchverfahren nicht rechtskräftig festgestellt sind, kann von der Aufsichtsbehörde nicht erzwungen werden (zu vgl. auch Hanow, Kommentar, 3. Aufl., Anm. 5f zu § 30; Hoffmann, Kommentar Anm. 12 zu § 184, Anm. 5a zu § 377, und für das frühere Recht Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 1. Juli 1907 und 16. Januar 1908 Bd. 51 S. 331 und 353). Ist das Spruchverfahren in den Fällen des § 184 Abs. 4 nicht zulässig, so entfällt damit für die Versicherungsbehörden jede Möglichkeit, die Krankenkassen im Einzelfalle zur Uebernahme des Heilverfahrens anzuhalten. Hätte dieser Grundsatz durch Aufnahme des § 184 Abs. 4 durchbrochen werden sollen, so bedurfte es einer besonderen Anordnung im Gesetze selbst. Dem Einwand, das Eingreifen der Aufsichtsbehörde lasse sich im Hinblick auf die Fassung des § 184 Abs. 4 damit rechtfertigen, daß die Gewährung der Krankenhauspflege jetzt in das pflichtmäßige Ermessen der Kassen gestellt sei, ist zu entgegnen, daß schon unter dem früheren Rechte nicht freies Belieben walten durfte. Denn die Versicherungsträger hatten auch bisher schon ihre Entschließungen nicht willkürlich, sondern nach pflichtmäßiger Prüfung zu treffen (zu vgl. Begr. zur RVO. S. 156). Offenbar hat in der Reichstagskommission der Wunsch bestanden, in ihrer Entschließung, ob im Einzelfalle Krankenhauspflege zu gewähren sei, die Kassen mehr als bisher zu binden. Es sind aber die Hemmungen, die aus der Beschränkung der allgemeinen Befugnisse der Aufsichtsbehörde der Durchführung dieses Wunsches erwachsen, in ihrer vollen Tragweite nicht hinreichend gewürdigt worden. Das hat allerdings zu dem kaum erwarteten Ergebnis geführt, daß durch die neue Fassung des § 184 gegenüber der früheren Rechtslage wesentliches nicht geändert ist. Immerhin haben die Krankenkassen die allgemeine Weisung erhalten, in allen notwendigen Fällen Krankenhauspflege zu gewähren, und diese Weisung ist ihnen in besonders dringlicher Form nahegebracht worden. In gleicher Weise ist den Aufsichtsbehörden die Pflicht eingeschärft worden, auf ein der Absicht des § 184 Abs. 4 möglichst entgegenkommendes Verhalten der Kassenvorstände durch Belehrungen und allgemeine Anweisungen hinzuwirken (zu vgl. Hoffmannn, „Die Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 81 ff.; Keibel, Zentralblatt der Reichsvers. 1914 S. 146; auch Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1912 S. 34). So drängt, wenngleich auch jetzt für die Krankenkassen die obligatorische Gewährung der Krankenhauspflege, abgesehen von den Fällen der erweiterten Krankenpflege (§§ 426 ff., 429, 435, 437, 487 RVO.), noch nicht ausdrücklich durchgeführt ist, die neue Vorschrift des § 184 Abs. 4 doch bei sachgemäßem und verständnisvollem Verhalten der Krankenkassen tatsächlich auf eine „Zwangshospitalisierung" hin (Kaufmann, „Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung" S. 23/24). Ob und welche Maßnahmen die Aufsichtsbehörde ergreifen kann, wenn wider Erwarten eine Krankenkasse fortgesetzt und grundsätzlich die Gewährung von Krankenhauspflege ablehnen sollte, war hier nicht zu entscheiden.

Kriegswochenhilfe.

Entschließung des bayer. Staatsministeriums des Innern vom 30. September 1916 (119d 88).

Eine Wöchnerin, deren Ehemann Kriegs- und ähnliche Dienste geleistet hat, aber zur Zeit ihrer Entbindung bereits aus dem Heeresdienst — sei es mit Versorgungsgebührnissen oder ohne solche — entlassen und infolge seiner Verwundung oder Erkrankung an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit verhindert ist, hat unter den übrigen Voraussetzungen Anspruch auf die Kriegswochenhilfe, solange diese Verhinderung dauert. Dabei kommt nur eine Erwerbstätigkeit von entsprechendem Belang in Betracht. (Breithaupt)

Kein Kriegswochengeld neben Krankengeld oder Krankenhauspflege. — Uebertragung des Anspruchs der Wöchnerin auf die Kasse.

Beschluß der Kommission des Lieferungsverbandes München (Stadt) vom 25. Juli 1916 (21 640 W. 3071).

Die Arbeiterin K. G. hat am 13. Oktober 1915 eine schwere Entbindung mit Operation (Kaiserschnitt) und nachfolgender längerer Erkrankung gehabt. Sie war bis kurz vor ihrer Entbindung Mitglied der Allgem. Ortskrankenkasse München (Stadt) gewesen und hatte daher gemäß § 214 RVO. Anspruch auf die gesetzlichen Krankenkassenleistungen. Dagegen fehlten die Voraussetzungen des § 195 RVO., so daß sie Anspruch auf Wochenhilfe nicht erheben konnte. Das von ihr (tot) geborene Kind war jedoch ein Krieger-

kind. Es bestand daher entsprechend dem Bescheid des Reichsamts des Innern vom 27. September 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 779) Anspruch nach § 3 der Bekanntmachung vom 23. 4. 1915 auf Reichswochenhilfe, nachdem die gesetzlichen Voraussetzungen (Vaterschaftsanerkenntnis, Bedürftigkeit) vorlagen.

Die Krankenkasse hat der G. innerhalb der Achtwochenfrist der Wochenhilfe vom 13. bis 25. Okt. 1915, vom 12. bis 27. November 1915 und vom 28. November 1915 bis 11. Februar 1916 Krankenhauspflege, sowie vom 26. Oktober bis 11. Nov. 1915 und vom 25. November bis 27. November 1915 Krankengeld in Höhe von 1,25 ℳ täglich gewährt. Sie beantragte unter Vorlage einer Einwilligungserklärung der G. beim Stadtmagistrat M. als Lieferungsverband Ersatz des von ihr verauslagten Krankengeldes für 21 Tage abzüglich der drei in diese Zeit fallenden Feiertage d. i. für 17 Tage zu 1,25 ℳ = 21,25 ℳ aus dem Reichswochengeld. Auf Ersatz für die Krankenhauspflege, wie auf Ersatz aus dem einmaligen Beitrag von 25 ℳ leistete die Kasse ausdrücklich Verzicht. Es war daher an K. G. der einmalige Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von 25 ℳ ohne weiteres zu gewähren.

Was nun die Gewährung des **Wochengeldes** an K. G. betrifft, so ist zu bemerken, daß der Grundsatz des § 195 Abs. 3 RVO., wonach neben Krankengeld und dementsprechend neben Krankenhauspflege Wochengeld nicht gewährt wird, ebenfalls auf die Gewährung der Reichswochenhilfe Anwendung findet (vgl. Entsch. des Städt. Versicherungsamtes München vom 11. November 1915 in Arb.Vers. 1916 H. 19 S. 448; Bescheid des Reichsamts des Innern vom 5. Oktober 1915 ebenda 1915 S. 779; vgl. auch ebenda 1915 S. 360 Ziff. 12; 545; 622 Ziff. 1). K. G. hat nun vom 13. Oktober 1915 bis zum 11. Februar 1916 teils Krankenhauspflege, teils Krankengeld bezogen. Während der Krankenhauspflege fällt der Anspruch auf Wochengeld zweifellos hinweg. Dasselbe gilt während des Krankengeldbezugs für jeden Tag, an welchem das Krankengeld auch tatsächlich geleistet wurde und der tägliche Betrag 1 ℳ übersteigt. Da K. G. ein Krankengeld von täglich 1,25 ℳ erhält, kommt insoweit eine Wochengeldzahlung nicht in Betracht. K. G. war aber anspruchsberechtigt gemäß § 214 RVO.; sie erhielt also nur die Regelleistungen der Kasse, d. h. sie bekam an Sonn- und Feiertagen kein Krankengeld. In die Zeit des Krankengeldbezuges fallen zwei Sonntage (31. Oktober und 7. November) und ein Feiertag (1. November; Allerheiligen). An diesen drei Tagen erhielt sie kein Krankengeld.

Es ist nun zu prüfen, ob ihr für diese Tage Reichswochenhilfe zusteht. Nach der vom Reichsamt des Innern vertretenen Anschauung, die auch von der Rechtsprechung gebilligt wird (vgl. Bescheid des Reichsamts des Innern vom 10. März 1914 und 2. Juli 1915 in Arb.Vers. 1915 S. 10 und 634; Entsch. des Oberversicherungsamts Karlsruhe vom 29. Januar 1916 und des Städt. Versicherungsamts München vom 25. April 1916 ebenda 1916 S. 174, 446), ist, wenn eine Krankenkasse leistungspflichtig zur Wochenhilfe ist, Reichswochengeld nur dann zu zahlen, wenn das Kassenwochengeld in der Woche weniger als 7 ℳ beträgt. In diesen Fällen findet Aufrundung auf den Betrag von 7 ℳ durch Nachzahlung der evtl. gegebenen Differenz statt. Der beim Zusammentreffen von Reichswochengeld mit Wochengeld von seiten einer Krankenkasse geltende Grundsatz muß nach Anschauung der Kommission auch für die Fälle gelten, in denen Reichswochengeld mit **Krankengeld** seitens einer Kasse zusammentrifft; denn der Wille des Gesetzgebers geht dahin, jeder Wöchnerin, welche einem Kriegerkinde das Leben schenkt, einen wöchentlichen Bezug von mindestens 7 ℳ zu gewährleisten, hierbei aber Doppelleistungen auszuschließen; ob diese wöchentliche Leistung von 7 ℳ sich aus Kassenwochengeld oder aus beiden zusammen oder ob sie sich aus Krankengeld bezw. Krankengeld mit Reichswochengeld zusammensetzt, erscheint gleichgültig.

K. G. hat nun in den beiden hier in Frage stehenden Wochen an Krankengeld bezogen: a) vom 31. Oktober bis 6. November für 5 Tage 1,25 ℳ gleich 6,25 ℳ; b) vom 7. bis 12. November für 4 Tage 1,25 ℳ gleich 5 ℳ und für 2 Tage Krankenhauspflege. — Das Krankengeld blieb in der ersten Woche unter dem Betrag von 7 ℳ. Hier hat das Reich einzutreten und die Differenz von 75 Pf. zu tragen. Auch in der zweiten Woche bleibt das tatsächlich gezahlte Krankengeld unter 7 ℳ; es ist aber zu beachten, daß in diese Woche 2 Tage Krankenhauspflege fallen; hätte diese nicht stattgefunden, so wäre für diese zwei Tage (12. und 13. November) Krankengeld zu gewähren gewesen, der Wochenbetrag hätte dann 7 ℳ überschritten; daher ist hier für den krankengeldfreien Sonntag kein Wochengeld nachzuzahlen. Bei dieser Sachlage kann K. G. Anspruch auf Auszahlung eines Reichswochengeldes von 75 Pf. erheben.

Was den **Anspruch der Allgemeinen Ortskrankenkasse auf Ersatz** des von ihr gewährten Krankengeldes betrifft, so handelt es sich in der Form wie der Antrag hier gestellt ist, nicht um einen Ersatzanspruch nach §§ 1531 ff. RVO., sondern um die Uebertragung von Ansprüchen gemäß § 119 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. Diese Uebertragung ist zulässig (§ 5 der Bek. vom 23. April 1915). Uebertragen können aber nur Ansprüche werden, die tatsächlich bestehen. Nachdem K. G. nur Anspruch auf 75 Pf. Wochengeld

besitzt, kann sie auch nur über diesen Betrag verfügen. Das Verfügungsrecht ist aber gemäß § 119 Abs. 1 Ziff. 3 Halbsatz 2 RVO. nur in Höhe der gesetzlichen Ersatzansprüche zulässig. Es ist daher zunächst zu prüfen, ob die Voraussetzungen für einen gesetzlichen Ersatzanspruch vorliegen. Der Ersatzanspruch setzt u. a. die sogenannte Einheit des Leistungsgrundes voraus (§§ 1531, 1532 RVO.). Einheit des Leistungsgrundes bedeutet im vorliegenden Falle, daß sich die Leistung der Kasse auf das Wochenbett gründet, wie dies auch bei der Reichswochenhilfe der Fall ist. Nach Mitteilung der Kgl. Universitätsfrauenklinik war die Behandlung der G. vom 13. bis 25. Oktober 1915 Folge der Entbindung (Kaiserschnitt); dasselbe kann ausweislich der Krankengeldkarte für den anschließenden Krankengeldbezug gelten. Dagegen ist nach ärztlicher Aeußerung die Krankenhausbehandlung vom 12. bis 24. November 1915 nicht mit dem Wochenbett in Zusammenhang gestanden; die G. wurde damals geheilt, aber mit Rücksicht auf die vorausgegangene Behandlung noch für einige Tage schonungsbedürftig und arbeitsunfähig entlassen. Das für diese Tage d. i. vom 25. bis 27. November 1915 gewährte Krankengeld steht daher mit der Niederkunft nicht in Zusammenhang. Für die Höhe des Ersatzes bezw. für die Uebertragung kommt also nur das vom 26. Oktober bis 11. November 1915 gewährte Krankengeld mit 17,50 ℳ in Frage. Ein weiteres Erfordernis für den Ersatzanspruch ist ferner die sogenannte Gleichzeitigkeit der Leistung d. h. der Ersatz Beanspruchende hat nur dann Ersatz zu fordern, wenn der Unterstützende für diejenige Zeit, für welche der Ersatz Beanspruchende seine Unterstützung leistete, selbst Anspruch auf die im Ersatzweg angeforderte Leistung hatte. Die K. G. hatte in der Zeit der Krankengeldgewährung vom 26. Okt. 1915 bis zum 11. November 1915 nur Anspruch auf Reichswochengeld von 75 Pf. Nur bei diesem Betrag liegen die Voraussetzungen für einen Ersatzanspruch (Identität der Person, Gleichzeitigkeit der Leistung, Einheit des Leistungsgrundes) vor. Die Uebertragung ist daher auf diesen Betrag beschränkt.

Die Uebertragung des Anspruchs auf Wochenhilfe ist aber wieder nur *in Höhe der gesetzlichen Ersatzansprüche* zulässig. Der Gesetzgeber untersagt also dem Anspruchberechtigten mehr zu übertragen als derjenige, dem die Uebertragung zu gute kommt, bei selbständiger Geltendmachung eines Ersatzanspruches erhalten würde. Der Ersatzanspruch ist gemäß § 1533 Ziff. 3 mit §§ 1506, 1507 RVO. beim Wochengeld auf die Hälfte des fälligen Betrages beschränkt. Auf Grund der Uebertragungseinwilligung kann die Allgem. Ortskrankenkasse München (Stadt) daher nur 75 Pf. : 2 = 37,5 oder rund 38 Pf. beanspruchen. In dieser Höhe war ihrem Antrag stattzugeben.

Es bleibt nun nur noch zu prüfen, ob die Kasse, nachdem sie nach den vorstehenden Ausführungen auch einen selbständigen Ersatzanspruch — seine Zulässigkeit vorausgesetzt — mangels des Vorliegens der gesetzlichen Voraussetzungen der §§ 1531 ff. RVO. nicht geltend machen kann, nicht auf Grund des Bescheids des Reichskanzlers vom 5. Oktober 1915 (vgl. Arb.Vers. 1915 S. 799) Anspruch auf das tägliche Wochengeld von 1 ℳ erheben kann für die Tage, an denen sie tatsächlich Krankengeld zahlte. Dieser Bescheid legt den Krankenkassen bei Zusammentreffen von Krankengeld und Wochengeld die Gewährung des allenfalls höheren Krankengeldes auf, glaubt ihnen aber als Ersatz das Reichswochengeld von täglich einer Mark zubilligen zu können. Dieser Anschauung vermochte jedoch nicht beigepflichtet werden. Krankengeld und Wochengeld zu Lasten des Reichs beruhen auf ganz verschiedenen Voraussetzungen. Ersteres entspringt einem Versicherungsverhältnis, für welches die Kasse in Gestalt der Versicherungsbeiträge Leistungen erhält. Letzteres ist eine außerordentliche für die Kriegszeit eingeführte, auf der Kriegsdienstleistung des Ehemannes oder Kindsvaters beruhende und auf Reichskosten gewährte Leistung. Das Reich beschränkt seine Leistungspflicht ausdrücklich auf das Nichtvorhandensein eines anderen Leistungspflichtigen. Es gewährt daher keinen Ersatz, wenn das Wochengeld auf Grund des zwischen einer Kasse und einer Wöchnerin bestehenden Versicherungsverhältnisses von der Kasse zu leisten ist. Das kann nur dahin verstanden werden, daß bereits durch die RVO. begründete Rechte der Reichsleistung vorgehen und vom Reiche nicht abgelöst werden sollen. . . Uebernimmt aber das Reich nicht das Wochengeld bei versicherten und nach § 195 RVO. anspruchsberechtigten Wöchnerinnen von Kriegsteilnehmern, so ist nicht einzusehen, warum es ein evtl. in dieselbe Zeit fallendes Krankengeld übernehmen sollte. Es hieße dies, der Kasse Lasten abnehmen, zu denen sie gesetzlich verpflichtet ist und für die sie bereits Ersatz in den ihr gezahlten Beiträgen findet (vgl. auch Entsch. des Städt. Versicherungsamts München vom 11. November 1915 in Arb.Vers. 1916 Heft 19 S. 448). Das kann nicht der Wille des Gesetzgebers sein.

Dem Anspruch der Allgem. Ortskrankenkasse München (Stadt) auf Ersatz aus dem Wochengeld war daher nur in einer Höhe von 38 Pf. stattzugeben. Dabei kann es dahingestellt bleiben, ob die Kasse nicht etwa berechtigt gewesen wäre, für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes vom 13. bis 25. Oktober 1915 zum Ersatze der ihr hier erwachsenen Kosten den einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Anspruch zu

nehmen. Diese Frage steht jedoch angesichts des ausdrücklichen Verzichts der Kasse nicht zur Entscheidung.

Dem Anspruch der K. G. war durch Gewährung des einmaligen Beitrags von 25 ℳ und durch Gewährung eines Wochengeldes von 75 Pf. stattzugeben. Von dem letzteren kommen jedoch die an die Allgem. Ortskrankenkasse München (Stadt) abgetretenen 38 Pf. in Abzug, so daß tatsächlich an K. G. nur 25,37 ℳ auszuzahlen sind.

Dieser Beschluß ist endgültig (§ 11 Abs. 1 der Bek. v. 23. April 1915).

C. Zur Unfallversicherung.

Arbeiten in Russisch-Polen als Ausstrahlung inländischer Betriebstätigkeit? Formellrechtliche Versicherung?

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 26. August 1916 (2897 Amtl. Nachr. 1916 S. 610).

Für die deutsche soziale Versicherung gilt das Territorialprinzip. An den politischen Grenzen des Reichs endet daher grundsätzlich das Geltungsgebiet der Versicherung. Die strenge Durchführung dieses Grundsatzes würde jedoch insofern zu Härten führen, als danach Arbeiter, die von dem Unternehmer zur Ausführung einer Arbeit über die Grenze geschickt werden, während ihres dortigen Aufenthalts unversichert sein würden. Zur Vermeidung solcher Härten hat das Reichsversicherungsamt in Rechtsprechung und Verwaltung die sogenannte „Ausstrahlungstheorie" entwickelt. Danach unterliegen Arbeiten im Ausland der deutschen Versicherung, sofern sie lediglich als unselbständiger Bestandteil eines inländischen Betriebes anzusehen sind (zu vgl. Handb. der Unfallvers. I S. 227 Anm. 1 zu § 4 GUVG. und III S. 848 ff.). Ob eine solche „Ausstrahlung" tatsächlich vorliegt, ist eine Frage des Einzelfalls. Auf ihre Beantwortung können — entsprechend dem Ausgangspunkte für die Entwicklung des Ausstrahlungsbegriffs — auch Zweckmäßigkeitsgründe, insbesondere die Notwendigkeit des versicherungsrechtlichen Schutzes der Arbeiter, von Einfluß sein. So haben auch die ungewöhnlichen Verhältnisse, die der Krieg schuf, dazu geführt, den Ausstrahlungsbegriff möglichst auszudehnen (zu vgl.

R a b e l i n g, „Unfallversicherung im besetzten Feindesland" in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 1915 Sp. 545 ff.). Wenn man im Kriege den gleichen Maßstab anlegen wollte, wie im Frieden, so würden, da das besetzte Feindesland seine Rechtsnatur als Ausland nicht verloren hat, zahllose deutsche Arbeiter, die daselbst im deutschen Interesse in Privat- und Staatsbetrieben, insbesondere in Diensten der Heeresverwaltung, tätig sind, aus der Versicherung herausfallen und damit des ihnen im Inland gewährleisteten gesetzlichen Anspruchs auf Unfallentschädigung verlustig gehen. Eine dementsprechend erweiterte Anwendung des Ausstrahlungsbegriffs läßt sich trotz möglicherweise großer örtlicher Entfernung der Arbeiten von dem inländischen Betrieb und trotz ihrer manchmal erheblichen Dauer damit rechtfertigen, daß die Arbeiten immerhin vorübergehender Art sind, und daß sie unter dem Schutze der deutschen Staatsgewalt ausgeführt werden. Voraussetzung der Mitversicherung dieser Arbeiten ist aber, daß sie zu dem inländischen Betrieb in enger Beziehung stehen und ihm gegenüber unselbständig sind. Ist danach eine „Ausstrahlung" anzunehmen, so folgt ohne weiteres, daß auch die ausländischen Arbeiter mit unter die Versicherung fallen. Denn die „Ausstrahlung" umfaßt nicht einzelne Personen, sondern den im Ausland befindlichen Betriebsteil als solchen, während hinsichtlich der Frage der Versicherungspflicht die deutsche Unfallversicherung zwischen inländischen und ausländischen Arbeitern keinen Unterschied macht. Immerhin kann für die Beantwortung der Frage, ob tatsächlich eine „Ausstrahlung" vorliegt, die ausschließliche oder überwiegende Verwendung ausländischer Arbeitskräfte von entscheidender Bedeutung sein. Hierauf hat das Reichsversicherungsamt bereits, u. a. in einem Bescheide vom 27. Juli 1915 — I 5411/15 — (Entsch. und Mittlgn. des RVA. Bd. 4 S. 425 Nr. 5), hingewiesen. Ein Bedürfnis zur Einbeziehung der Arbeiten in die deutsche Versicherung besteht bei weitaus überwiegender Beschäftigung von Ausländern nicht. Als unselbständiger Bestandteil des inländischen Betriebs können die Arbeiten in einem solchen Falle versicherungsrechtlich in der Regel auch nicht gelten. Denn gerade die Verwendung inländischer Arbeitskräfte schafft die enge Verbindung der ausländischen Arbeiten mit dem inländischen Betrieb und gerade mit Rücksicht auf sie ist der Ausstrahlungsbegriff aufgestellt worden. Werden dagegen ausschließlich oder weit überwiegend ausländische Arbeiter beschäftigt, so gewinnen die ausländischen Arbeiten gegenüber dem inländischen Betrieb eine derartige Selbständigkeit, daß sie, sofern nicht andere nahe Beziehungen hierzu nötigen, versicherungsrechtlich dem inländischen Betriebe nicht mehr zugerechnet werden dürfen.

Bei Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte können die streitigen Straßenbauarbeiten der Firma H. & G. in Russisch-Polen n i c h t a l s „A u s s t r a h l u n g" i h r e s i n l ä n d i s c h e n B e t r i e b s a n g e s e h e n w e r d e n. Nach Angabe

der Firma, die der Verwaltungschef bei dem Generalgouvernement Warschau bestätigt hat, ist es der Firma zur Pflicht gemacht worden, lediglich die Aufsichtspersonen aus deutschen Staatsangehörigen zu stellen, im übrigen aber grundsätzlich nur Arbeiter fremder Staatsangehörigkeit anzunehmen. Danach ist auch verfahren worden. Wie der Lohnnachweis der Firma für das Jahr 1915 ergibt, sind auf der ersten der von ihr zum Ausbau übernommenen drei Strecken 20 reichsdeutsche Personen gegen 1945 ortsansässige Arbeiter, auf der zweiten 77 gegen 2563 und auf der dritten 76 gegen 2747 beschäftigt worden. Die reichsdeutschen Personen machen also einen nur verschwindenden Teil unter den insgesamt Tausenden von Beschäftigten aus, die fast ausschließlich aus der ortsansässigen russisch-polnischen Bevölkerung angeworben waren. Zwischen den Arbeiten der Firma in Russisch-Polen und ihrem inländischen Betriebe bestand danach in Ansehung der Arbeiterschaft so gut wie keine Verbindung. Die Beziehungen, die durch die geschäftliche Leitung der Arbeiten vom Inland aus sowie durch die Entsendung des Aufseherpersonals und die Verwendung inländischer Betriebseinrichtungen und Geräte gegeben waren, reichen für sich allein nicht aus, um diese sehr umfangreichen, in weiter Entfernung von dem Betriebssitz ausgeführten Arbeiten als einen unselbständigen Bestandteil des inländischen Betriebs ansprechen zu können. Dem Hauptantrage der Tiefbau-Berufsgenossenschaft, die Arbeiten als Ausfluß des inländischen Betriebs der Firma bei ihr für versichert zu erklären, konnte daher nicht stattgegeben werden.

Die Tiefbau-Berufsgenossenschaft hat aber für diesen Fall gebeten, bis zum Tage der Entscheidung ein formellrechtliches Versicherungsverhältnis bezüglich der streitigen Arbeiten anzuerkennen. Diesem Antrag war stattzugeben, soweit es sich um die Versicherung der Arbeiten bis zum 5. Mai 1916, dem Tage, an dem die bei dem Oberversicherungsamt eingelegte Beschwerde der Firma der Berufsgenossenschaft mitgeteilt worden ist, handelt. Ein formellrechtliches Versicherungsverhältnis kann bezüglich einzelner Arbeiten gegeben sein, wenn zwischen der Berufsgenossenschaft und ihrem Mitglied Einverständnis darüber herrscht, daß die Arbeiten als versichert behandelt werden sollen. Die Berufsgenossenschaft ist zwar nicht berechtigt, Arbeiten entgegen dem Gesetz in Versicherung zu nehmen. Dies schließt aber nicht aus, daß in zweifelhaften Fällen zwischen ihr und dem Unternehmer eine Einigung über die Versicherungspflicht der Arbeiten stattfindet. Wurde die Versicherungspflicht von beiden Seiten anerkannt, so ist die Berufsgenossenschaft verpflichtet, im Falle eines Unfalls die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, während der Unternehmer die auf die Arbeiten entfallenden Beiträge an sie zu entrichten hat. Ein solcher Fall liegt hier vor. Die Frage, inwieweit die Arbeiten deutscher Unternehmer im besetzten Feindesland unter die deutsche Versicherung fallen, hatte anfänglich zu vielfachen Zweifeln und Erörterungen Anlaß gegeben. Die Tiefbau-Berufsgenossenschaft hat den Wünschen ihrer Mitglieder entsprechend schließlich angenommen, daß die Arbeiten ausnahmslos der Versicherung unterlägen, und hat hiervon ihren Mitgliedern wiederholt Kenntnis gegeben. Demzufolge sind die Arbeiten allerseits ohne Widerspruch in der durch die Satzung der Berufsgenossenschaft vorgeschriebenen Weise bei ihr zur Unfallversicherung angemeldet worden. So hat auch die Firma H. & G. am 19. Oktober 1915 die streitigen Arbeiten bei der Berufsgenossenschaft angemeldet, und diese hat sie daraufhin als versichert behandelt. Hiermit war zwischen der Firma und der Tiefbau-Berufsgenossenschaft das zur Annahme eines formellrechtlichen Versicherungsverhältnisses erforderliche Einverständnis gegeben. Bis zur Lösung dieses Verhältnisses hatte demgemäß die Berufsgenossenschaft die Unfallgefahr zu tragen und der Unternehmer die Beiträge zu zahlen (zu vgl. Entsch. des RVA. v. 2. März 1914 — I 1416/14, Entsch. und Mittlg. Bd. 4 S. 233 Nr. 118).

Die Annahme des Verwaltungschefs bei dem Generalgouvernement Warschau, die Berufsgenossenschaft habe in Wahrheit ein Risiko überhaupt nicht getragen, trifft nicht zu. Die Berufsgenossenschaft hatte vielmehr bei vorkommenden Unfällen nicht nur für das Heilverfahren einzutreten, sondern sie ist auch zur Zahlung von Renten, soweit deutsche Staatsangehörige oder ihre Hinterbliebenen in Betracht kommen, unbeschränkt verpflichtet. Etwaige Renten von Ausländern ruhen allerdings nach § 615 Abs. 1 Nr. 3 RVO.. Diese Hemmung fällt aber fort, sobald der Berechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt in das Inland oder in eines der Grenzgebiete verlegt, für die der Bundesrat nach § 615 Abs. 2 das Ruhen ausgeschlossen hat (zu vgl. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 16. Oktober 1900, Zentralbl. für das Deutsche Reich S. 540). Das gleiche gilt für den Fall, daß der Aufenthalt des Berechtigten im Ausland ein unfreiwilliger wird. Der Bundesrat könnte auch auf Grund der Reichsversicherungsordnung oder des Ermächtigungsgesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) weitere Maßnahmen zu Gunsten der ausländischen Berechtigten treffen, wie dies z. B. durch die Bekanntmachung vom 14. Juni 1916 (RGBl. S. 515) für den Fall der Beschäftigung im Inland geschehen ist. Auf solchem Wege würde auch den Hinterbliebenen eines durch Unfall getöteten Ausländers, die sich zur Zeit des Unfalls nicht gewöhnlich im Inland aufhalten, ein Anspruch auf Rente verliehen werden können.

der ihnen nach § 596 Abs. 1 RVO. an sich nicht zusteht. Eine Gefahr hat die Tiefbau-Berufsgenossenschaft also trotz der Beschränkung der Ansprüche von Ausländern getragen. Sie hat auch für die Versicherung der Arbeiten ihrer Mitglieder in Russisch-Polen tatsächlich erhebliche Aufwendungen gemacht. Nach ihrem Berichte vom 8. August 1916 belaufen sich die aus etwa 500 Unfällen bisher erwachsenen Aufwendungen an Entschädigungen und Deckungskapital, Kosten für ärztliche Gutachten, Heilverfahren, Verwaltungsausgaben usw. auf 80—100 000 ℳ. In diesem Betrage ist nur das Deckungskapital für 21 Unfälle deutscher Staatsangehöriger enthalten, während dabei die zahlreichen Unfälle von Ausländern unberücksichtigt blieben. Die Gesamtlast würde sich naturgemäß bei Wegfall der für die Ansprüche der Ausländer bestehenden Beschränkungen außerordentlich erhöhen. Ob die Last in ihrem Endergebnis zu den auf die Arbeiten entfallenden Beiträgen, die für das Jahr 1915 rund 210 000 ℳ ausgemacht haben, in richtigem Verhältnis steht, läßt sich zurzeit noch nicht beurteilen. Doch darauf kommt es für die vorliegende Entscheidung nicht an. Jedenfalls hat die Berufsgenossenschaft die Gefahr nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften getragen, und demgemäß ist auch die Firma H. & G. zur Zahlung der Beiträge gehalten.

Diese Verpflichtung hat indessen nur bis zu dem Tage bestanden, an dem die Firma der ferneren Versicherung der Arbeiten widersprochen hat. Ein formellrechtliches Versicherungsverhältnis bezüglich einzelner Arbeiten beruht, wie erörtert, nicht auf dem Gesetze, sondern lediglich auf dem Einverständnis zwischen Berufsgenossenschaft und Unternehmer. Dieser wie jene kann daher jederzeit verlangen, daß der dem Gesetze nicht entsprechende Zustand beseitigt wird. Hierzu bedarf es aber einer ausdrücklichen Erklärung gegenüber dem anderen Teile. Eine solche ist durch die Firma H. & G. erst in ihrer an das Oberversicherungsamt gerichteten Beschwerde vom 3. Mai 1916, welche der Tiefbau-Berufsgenossenschaft am 5. Mai 1916 zur Aeußerung zugegangen ist, abgegeben worden. . . .

D. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht eines Hilfsschreibers bei einer Sächsischen Amtshauptmannschaft.

Entscheidung des Rentenausschusses Berlin vom 10. April 1916 (B. 32/15).

Der Angestellte gehörte nach der Art seiner Tätigkeit zu den Büroangestellten und unterlag als solcher nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte der Versicherungspflicht, falls seine Tätigkeit nicht als niedere oder lediglich mechanische Dienstleistung anzusehen ist und diese Beschäftigung seinen Hauptberuf bildete. Zu den mit niederen Arbeiten betrauten Büroangestellten gehörte er zweifellos nicht, denn hierunter fallen lediglich Botendienste, Reinigungs-, Aufräumungs- und ähnliche Arbeiten, keinesfalls aber Schreibarbeiten. Fraglich kann nur sein, ob er etwa zu den Büroangestellten gerechnet werden mußte, die mit „lediglich mechanischen Dienstleistungen“ befaßt sind. Mechanisch in diesem Sinne ist nach den von den Spruchorganen der Angestelltenversicherung in ständiger Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen, die mit der bei der Beratung des Gesetzes im Reichstage zum Ausdruck gebrachten Auffassung übereinstimmen, nur die Tätigkeit eines Abschreibers, der Wort für Wort nach Vorlage abschreibt. Und auch eine derartige Tätigkeit befreit *nur dann* von der Versicherungspflicht, wenn der Angestellte *ausschließlich* damit beschäftigt ist.

Nach den tatsächlichen Feststellungen war der Angestellte in der Zeit vom 18. April bis zum 19. Juli 1913 in der Militärabteilung der Kgl. Amtshauptmannschaft in Borna gegen einen täglichen Entgelt von 3 ℳ ohne Vereinbarung einer Kündigungsfrist bei 8stündiger Arbeitszeit täglich mit schriftlichen Arbeiten beschäftigt. Er war dem Militärregistrandenführer als Hilfsschreiber beigegeben. Der Militärregistrandenführer stellt eine alphabetische Liste auf Grund der von den Gemeinden eingereichten Rekrutierungsstammrollen auf. Diese Liste dient als Grundlage der Frühjahrsmusterung. Nach Beendigung des Musterungsgeschäfts setzen die Vorarbeiten für das Aushebungsgeschäft ein. Zum Aushebungsgeschäft ist aus der alphabetischen Liste eine Vorstellungsliste anzufertigen. Diese Vorstellungsliste zerfällt in eine größere Anzahl Abteilungen und Unterabteilungen. Der betreffende Name, der in die einzelnen Abteilungen einzutragen ist, wird von dem Militärregistrandenführer in der Form bestimmt, daß er die Liste mit ihren Ober- und Unterabteilungen aufstellt und unter jeder Abteilung vermerkt, welche laufende Nummer der alphabetischen Liste darunter gehört. Es lag dem Angestellten B. nun ob, die Vorstellungsliste auf Grund der ihm gegebenen Unterlagen aufzustellen. Er hatte hierzu die ihm an die Hand gegebenen Ueberschriften einzutragen, die darunter gesetzten Nummern in der alphabetischen Liste aufzusuchen

und das, was in der alphabetischen Liste stand, in Spalte 1—12 der Vorstellungsliste zu übertragen. Weiter sind in dem Oberersatzgeschäft für jeden zur Aushebung und zur Ersatzreserve vorgeschlagenen Mann Strafregisterauszüge herbeizuziehen. Die Unterlagen für diese Auszüge befinden sich, soweit die Personalien in Frage kommen, vollständig in der alphabetischen Liste. Zur Ausfüllung der Aufschrift wurden B. gedruckte Unterlagen gegeben. Er mußte im Druckverzeichnis feststellen, welche Behörde das jeweils in Betracht kommende Strafregister führt, und mußte diese Behörde in der Vorstellungsliste notieren. Kamen die Strafregisterauszüge zurück und war darin eine Vorstrafe vermerkt, so hatte B. eine entsprechende Bemerkung in der Vorstellungsliste zu machen. Beim Oberersatzgeschäft werden die Vorgestellten nochmals untersucht. Etwa neugefundene Fehler werden vom Zivilvorsitzenden der Ersatzkommission in der Bemerkungsspalte eingetragen, ebenso die Entscheidung der Oberersatzkommission. Nach Beendigung des Aushebungsgeschäftes werden die Ergänzungen aus der Vorstellungsliste in die alphabetische Liste übertragen. Auch diese Tätigkeit lag dem Angestellten ob. Endlich hatte der Angestellte nach Beendigung des Aushebungsgeschäfts die alphabetische Liste auf Grund eingehender Auszüge zu vervollständigen, und zwar den in Betracht kommenden Namen in der alphabetischen Liste aufzusuchen und die noch offenstehenden Spalten nachträglich auszufüllen.

Nach dem vorstehenden Sachverhalt lagen dem Angestellten Dienstleistungen ob, die nicht als lediglich mechanische anzusehen sind. Die Feststellung der das jeweils in Betracht kommende Strafregister führenden Behörde und namentlich die Vervollständigung der alphabetischen Liste auf Grund eingehender Auszüge nach Beendigung des Aushebungsgeschäfts erforderten Aufmerksamkeit und Gewissenhaftigkeit, sowie ein nicht unerhebliches Maß eigener Denktätigkeit. Eine derartige Tätigkeit ist nach der ständigen Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts für Angestellten-Versicherung mit bloßer Abschreibearbeit nicht auf eine Stufe zu stellen und nicht als mechanische Dienstleistung zu betrachten.

Ob und inwieweit die übrigen Dienstleistungen des Angestellten als mechanisch oder nichtmechanisch anzusehen waren, kann unerörtert bleiben, da feststeht, daß der Angestellte nicht mit lediglich mechanischen Dienstleistungen befaßt war. Auf den Umfang der mechanischen und nichtmechanischen Tätigkeit kommt es nach dem Wortlaute des Gesetzes nicht an. Der Umstand, daß der Angestellte die ihm übertragenen Arbeiten unter ständiger Leitung seines Vorgesetzten ausgeführt hat, drückt die Arbeiten nicht zu niederen oder lediglich mechanischen herab.

Da der Angestellte Büroangestellter war, so hängt seine Versicherungspflicht auch noch davon ab, ob die streitige Tätigkeit seinen Hauptberuf bildete. Auch diese Voraussetzung ist im vorliegenden Falle erfüllt. Der Angestellte ist bereits vor Antritt der streitigen Beschäftigung als kaufmännischer Angestellter tätig gewesen. Er bezog aus der ihm gewährten Vergütung seinen Lebensunterhalt und übte in der streitigen Zeit keine weitere Tätigkeit aus. Die Dauer des Vertragsverhältnisses ist auf die Frage des Hauptberufs ohne Einfluß.

Unerheblich ist auch ob die Beschäftigung als eine vorübergehende Tätigkeit anzusehen ist. Denn vorübergehende Dienstleistungen sind nur insoweit versicherungsfrei, als die zu § 8 des Angestellten-Versicherungsgesetzes erlassene Bundesratsbekanntmachung vom 9. Juli 1913 es bestimmt. Diese Bekanntmachung findet aber auf Büroangestellte keine Anwendung.

Die Versicherungspflicht war daher zu bejahen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Knappschaftliche Rückversicherungsverband.

Nach dem preußischen Knappschaftsgesetz vom 17. Juni 1912 (Ges.S. S. 137) kann im Interesse der dauernden Sicherstellung der Ansprüche der Mitglieder die Vereinigung mehrerer Pensionskassen zu einer einheitlichen Pensionskasse oder aber zu einem bloßen Rückversicherungsverbande mit Aufrechterhaltung der Selbständigkeit der einzelnen Kassen von der Aufsichtsbehörde angeordnet werden (§ 46). Es können sich aber auch Knappschaftsvereine mit Zustimmung der zuständigen Oberversicherungsämter freiwillig zu einem Rückversicherungsverbande vereinigen (§ 48). Schon vor dem erwähnten Gesetze bestand, seit Oktober 1907, die „Knappschaftliche Rückversicherungsanstalt A.-G. in Charlottenburg" auf der Grundlage der Kabinettsorder vom 29. September 1833 (Ges.S. S. 121). Diese hat sich aber auf Grund des Art. IV Nr. 3 des Ges. vom 3. Juni 1912 (Ges.S. S. 97) den Vorschriften der §§ 48, 49 des Knappschaftsgesetzes angepaßt. Ihr gehörten zuletzt 41 Knappschaftsvereine an. Ihre an sich gesunde wirtschaftliche Lage hat aber der Krieg leider in ganz erheblichem Maße beeinträchtigt. Waren schon einige Vereine vor dem Kriegsausbruche in keineswegs beneidenswerter Lage, so hatten die Folgen des Krieges noch weitere Vereine ungünstig beeinflußt, die vor dem Kriege in durchaus geordneten Verhältnissen lebten. Seit Beginn des Jahres 1915 hatte man sich daher in den maß-

gebenden Kreisen eingehend mit der Frage beschäftigt, welche Maßnahmen zur Förderung der Gesundung der Geldverhältnisse der Knappschaftspensionskassen zu ergreifen seien. Das Ergebnis der verdienstvollen Arbeit war die Ausarbeitung und Feststellung der Satzung für einen Knappschaftlichen Rückversicherungsverband. Die bisherige Knappschaftliche Rückversicherungsanstalt nahm diese Satzung am 7. Februar 1916 einstimmig an und trat damit geschlossen in den neuen Verband ein. Am 1. Juli 1916 ist dieser Verband, der von segensreichem Einfluß auf das gesamte Knappschaftswesen sein wird, wenn er die Sicherheit der knappschaftlichen Pensionskassenleistungen für sämtliche Knappschaftsmitglieder gewährleistet, ins Leben getreten. Ihm gehören alle preußischen Knappschaftsvereine an; außerpreußische können ihm beitreten.

Kriegswohlfahrtspflege und Kriegsmaßnahmen.

Die Regierung hat dem Reichstage eine Denkschrift über wirtschaftliche Maßnahmen aus Anlaß des Krieges zugehen lassen, aus der wir folgendes hervorheben: Nach dem Gesetz betr. die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften wird für die auf Grund dieses Gesetzes geleisteten Unterstützungen den Lieferungsverbänden Entschädigung aus Reichsfonds bis zu den festgesetzten Mindestsätzen gewährt. Der Zeitpunkt der Zahlung ist im Gesetz nicht festgelegt. Mit Rücksicht auf die lange Dauer des Krieges hat die Reichsleitung sich entschlossen, den Lieferungsverbänden 25 v. H. der bis zum 30. Juni 1916 an Mindestsätzen geleisteten Beträge vorschußweise aus Reichsmitteln zu erstatten. Die Zahlung der Beträge wird je bis zur Hälfte am 15. Oktober 1916 und 15. Januar 1917 an die Lieferungsverbände erfolgen. Die Gesamtausgaben der Lieferungsverbände an Mindestsätzen belaufen sich bis 30. Juni 1916 auf rund 2 098 483 000 ℳ. Es werden hiernach rund 525 Millionen zur Erstattung gelangen.

Für Wochenhilfe auf Grund der Bekanntmachungen vom 3. Dezember 1914, 28. Januar 1915 und 23. April 1915 sind bis Mitte September 1916 insgesamt 51½ Millionen Mark zur Erstattung dem Reichsamt des Innern angemeldet worden.

Unter die Kriegswohlfahrtspflege fällt auch die Erwerbslosenfürsorge, die den infolge Mangels an Rohstoffen in der Konfektions-, der Textil- und Schuhwarenindustrie teilweise oder gänzlich arbeitslos gewordenen Personen zu Teil wird. Auf Antrag des Haushaltungsausschusses des Reichstags sollen die Gemeinden bei etwaigen für die Regelung einer Erwerbslosenfürsorge geschaffenen besonderen Fürsorgeausschüssen Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zuziehen. — In Berlin besteht seit 9. September 1914 auch ein Ausschuß für Konfektions-Notarbeit. Auftraggeber ist für ihn jetzt nur noch die Heeresverwaltung. Der Ausschuß beschäftigt zurzeit 1629 Arbeiterinnen, davon 1142 mit Näharbeiten und 487 mit Strickarbeiten sowie 93 teils kaufmännische, teils gewerbliche Angestellte. An Löhnen hat er seit dem Beginne seines Bestehens bis zum 1. September 1916, also in rund 2 Jahren, 2 198 512 ℳ an Heimarbeiterinnen gezahlt. Die Angestellten des Ausschusses haben in demselben Zeitraum 290 747 ℳ an Löhnen und Gehältern bezogen. Die Krankenkassenbeiträge, die der Ausschuß für seine Heimarbeiterinnen ohne jeden Abzug leistet, belaufen sich bisher auf 59 611 ℳ. Außerdem sind zu freiwilligen Unterstützungen von Heimarbeiterinnen und Angestellten sowie für andere soziale Zwecke 6153 ℳ verausgabt worden.

Die von den Landesversicherungsanstalten gemäß § 1274 RVO. für Zwecke der Kriegswohlfahrtspflege bereitgestellten Mittel sind bis Ende Juli 1916 auf rund 34 Mill. Mark angewachsen. Die von den Landesversicherungsanstalten an Gemeinden oder Gemeindeverbände zur Linderung der Kriegsnot gewährten Darlehen betrugen bis zu dem gleichen Zeitpunkt über 77 Millionen Mark.

Die Denkschrift geht dann auch noch auf die wirtschaftliche Lage der privaten Versicherungsunternehmungen, die dem Kaiserlichen Aufsichtsamt für Privatversicherung unterstehen, kurz ein und bezeichnet zunächst deren Lage als eine unerschütterte. Ihre Geldflüssigkeit haben sie durch starke Beteiligung an den Kriegsanleihen dargetan. Die dem Aufsichtsamt unterstehenden Versicherungsunternehmungen haben sich an den bisherigen Kriegsanleihen mit 850 779 377 ℳ beteiligt, zu diesen Zeichnungen für eigene Rechnung treten noch Zeichnungen im Betrage von 633 418 738 ℳ für fremde Rechnung. An der Gesamtsumme von 1 484 198 115 ℳ sind die Lebensversicherungsgesellschaften mit 1¼ Milliarde beteiligt.

Ueber die Beteiligung von Trägern der Arbeiterversicherung an den Kriegsanleihen bringt die Denkschrift entsprechende Zahlen von der vierten Kriegsanleihe. Hieran waren die Berufsgenossenschaften mit insgesamt 51 134 000 ℳ, die Träger der Invalidenversicherung mit 156 950 000 ℳ beteiligt.

Als Kriegsmaßnahme sei zum Schluß noch erwähnt, daß auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenen- sowie der Unfallversicherung keine Rentenminderung aus Anlaß von Erntehilfe erfolgen soll. In zwei Rundschreiben vom 2. und 24. August 1916 hat nämlich das Reichsversicherungsamt den Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten sowie den ihm unterstellten Berufsgenossenschaften empfohlen, die Beteiligung von Rentenempfängern an Erntearbeiten grundsätzlich nicht zum Anlaß von Rentenentziehungen oder Minderungen zu nehmen; es wurde damit bezweckt, die Bereitwilligkeit dieser Personen zur Leistung von Erntearbeiten zu fördern, indem man sie von der Besorgnis von einer möglicherweise eintretenden Entziehung oder Herabsetzung der Rente befreite.

Zur Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach §§ 418, 435 RVO.

Die juristische Mangelhaftigkeit und die soziale Bedenklichkeit dieser Vorschriften sind schon vielfach hervorgehoben. In einem Aufsatz über „Befreiung von der Krankenversicherungspflicht" überhaupt beleuchtet Stadtrat Rosenstock (in der „Sozialen Praxis", 26 Nr. 2) die soziale Seite der Sache. Wir teilen daraus auszugsweise folgendes mit:

Von großer Bedeutung ist dagegen schon jetzt die Befreiungsmöglichkeit der §§ 418 und 435 RVO. Hiernach hat der landwirtschaftliche Arbeitgeber das Recht, die Befreiung der an sich versicherungs-

pflichtigen Arbeitskräfte zu verlangen, wenn er ihnen einen Rechtsanspruch auf eine den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertige Unterstützung gewährt und seine Leistungsfähigkeit sicher ist; das gleiche Recht unter den gleichen Bedingungen hat jeder Arbeitgeber betreffs seiner Dienstboten. Die größeren landwirtschaftlichen Arbeitgeber machen von dieser Befreiungsbefugnis wohl fast alle Gebrauch. Welche schweren Bedenken dieser Zustand hat, darauf habe ich schon an anderer Stelle („Zeitschr. für das Armenwesen" Heft 9 und 10, 16. Jahrg. S. 188) in bezug auf die „Fürsorge für uneheliche Kinder und Mütter auf dem Lande" hingewiesen. Auf Grund langjähriger und vielseitiger Erfahrung habe ich dort folgendes ausgeführt:

„Es liegt in ihrem (der ländlichen Besitzer) eigensten Interesse, ein Mädchen so zeitig vor der Niederkunft zu entlassen, daß mit dem Arbeitsverhältnis zugleich ihr Anspruch auf Wochenhilfe gegen sie aufhört, und tatsächlich handeln sie in sehr vielen, ja wohl in den meisten Fällen dementsprechend. Ein schwerer Vorwurf kann ihnen um so weniger daraus gemacht werden, als bei der heutigen Veränderungslust auch der ländlichen Arbeiter und Dienstboten die in Frage kommenden Mädchen vielfach erst kurze Zeit in der Stelle sind und sie wahrscheinlich bald nach der Entbindung, wenn sie die Wochenhilfe genossen hätten, ihrerseits aufgeben würden."

Was dort von der unehelichen Mutter gesagt ist, das gilt mehr oder minder von allen ländlichen Arbeitern. Vielleicht war diese Bestimmung am Platze, wenn und solange der größte Teil der Landbesitzungen in festen Händen war, sich womöglich von Generation zu Generation forterbte und auch ein fester ländlicher Arbeiterstamm auf ihnen verblieb. Unter solchen Verhältnissen knüpfen sich persönliche Bande zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, zwischen Herrn und Knecht, und der Enkel mag in gleicher Weise für den Enkel sorgen, wie es der Großvater für den Großvater getan hat. Wo aber finden wir, abgesehen von den großen alten Familiengütern, im allgemeinen noch solch patriarchalische Verhältnisse? Das ländliche Grundeigentum ist in weitem Umfange genau so wie das städtische zur Handelsware geworden; und wie die Person des Besitzers, so wechseln auch die Arbeiter in kurzen Zeiträumen, so daß tiefere menschliche Beziehungen zwischen beiden Teilen sich kaum mehr entwickeln können. Die natürliche Folge ist, daß der ländliche Dienstherr möglichst wenig Kosten haben will, daher seine Krankenfürsorge auf das notwendigste beschränkt und den Arbeiter, dessen Krankheit er voraussieht, so schnell als möglich entläßt.

Daß dieses Bild nicht zu dunkel gefärbt ist, werden alle diejenigen bezeugen, welche die durchschnittliche Armenpflege selbständiger Gutsbezirke und kleinerer Dorfgemeinden kennen. Nebenbei mag auch noch auf die Hilflosigkeit des ländlichen Arbeiters gegenüber dem leistungsunfähigen oder leistungsunwilligen Arbeitgeber hingewiesen werden. Zwar kann er von dem Versicherungsamt die Feststellung verlangen, daß der Arbeitgeber nicht leistungsfähig ist (§ 419 RVO.); aber glaubt jemand, daß ein Dienstbote oder ländlicher Arbeiter diese seine Befugnis kennt oder, wenn er sie wirklich kennen sollte, von ihr Gebrauch zu machen wagen wird, ohne daß er Gefahr läuft, arbeits- und heimatlos zu werden? Ebenso hat er diejenige Krankenunterstützung, die der Arbeitgeber trotz seiner vertragsmäßigen Pflicht nicht leistet, von der zuständigen Krankenkasse zu verlangen (§ 422). Aber man denke sich in die Lage eines Kranken, der vielleicht weit vom Sitze der Krankenkasse entfernt und hilflos daliegt. Er wird wahrscheinlich kaum in der Lage sein, diejenigen Ansprüche geltend zu machen und diejenigen Beweise zu führen, die zur Erlangung seines Rechtes notwendig sind.

Aber mag das alles auch zu schwarz gesehen sein, mag man einwenden, daß hier weniger Tatsachen als Vermutungen und Möglichkeiten ausgesprochen sind. Das eine und Wichtigste kann nicht geleugnet werden: Die Krankenkassen sind große und großartige Organisationen, die durch ihren Umfang, ihre Leistungsfähigkeit, ihre Erfahrungen, ihr enges Zusammenarbeiten mit den Organen der Invalidenversicherung Bewundernswertes geleistet haben und täglich leisten. Der Arbeitgeber dagegen ist ein Einzelner, dem auch beim besten Willen in den meisten Fällen nur beschränkte Mittel, nur geringe Erfahrung und nicht die Kenntnisse oder Fähigkeiten zu Gebote stehen, um alle die Mittel voll auszunutzen, die zum Wohle des Kranken angewendet werden könnten. Man denke nur an den gewaltigen Kampf gegen die Tuberkulose, welchen die Krankenkassen im Verein mit den Versicherungsanstalten nach dem großzügigsten Schlachtplan und mit den schärfsten Waffen aufgenommen haben. Wie viele Arbeitgeber sind wohl imstande, auch bei der größten Opferwilligkeit ähnliches zu leisten? Und das gleiche gilt für den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, der gerade jetzt mit Hilfe der Träger der Sozialversicherung organisiert wird; das gleiche von dem gegen den Alkoholismus, den als dritten großen Volksverwüster mit allen Mitteln zu bekämpfen eine der nächsten Aufgaben der Sozial- und Bevölkerungspolitik werden muß.

Und endlich noch eines: Was eine blühende Landwirtschaft für die Ernährung unseres Volkes und seine Unabhängigkeit vom Auslande bedeutet, das führt uns dieser gewaltige Krieg aufs deutlichste vor Augen. Die ländliche Arbeiterfrage zu lösen, der Landflucht entgegenzuarbeiten, wird eine Hauptaufgabe der nächsten Zukunft sein. Dazu aber gehört, daß wie auf anderen Gebieten, so auch auf dem der Versicherung der ländliche Arbeiter nicht minderen Rechts ist wie sein städtischer Genosse. Man wird manchen Grund zur Unzufriedenheit und Agitation forträumen, wenn man dem Landarbeiter die gleiche Sicherung und Fülle von Ansprüchen für den Fall der Krankheit einräumt, wie sie der städtische Arbeiter besitzt. Zweifellos wird es über kurz oder lang auch erforderlich sein, die Daseinsberechtigung der Landkrankenkassen mit ihren geringeren Leistungen und ihrem Ausschluß der Versicherten von der Verwaltung zu prüfen. Aber jetzt schon wird man mindestens fordern müssen, daß der ländliche Arbeiter und Dienstbote wenigstens, statt auf den Dienstherrn angewiesen zu sein, die Leistungen der Landkrankenkasse zu beanspruchen habe.

Auch der städtische Dienstbote, nicht auch der sonstige städtische Arbeiter, ist, wie anfangs erwähnt, ohne und gegen seinen Willen auf Antrag des Dienstherrn von der Versicherungspflicht zu befreien. Die tatsächliche Bedeutung dieser Möglichkeit ist nicht groß, es sind wohl nur wenige Arbeitgeber, die noch davon Gebrauch machen und wohl nur, wenn sie durch Versicherung ihrer Dienstboten bei einem leistungsfähigen Verein sich gegen die Gefahren der größeren Inanspruchnahme

gedeckt haben. Um so geringeren Widerstand wird hier die Aufhebung des Befreiungsrechts finden, um so leichter wird sie durchzuführen sein. . . .

Und endlich ist ein politisches oder, wenn man lieber will, sittliches Moment zu berücksichtigen. Gerade bei der heutigen ungeheuren Belastungsprobe zeigt sich die Stärke des Staatsbewußtseins, des Zusammengehörigkeitsgefühls auch in solchen Kreisen, denen es in Friedenszeiten vielfach abgestritten wurde. Und daß es sich in dieser Weise entwickeln, daß es zu solch herrlicher Stärke gelangen konnte, das ist nicht zum letzten den mannigfachen Rechten und Interessen zu verdanken, die jene Kreise mit dem Staate, seinen Einrichtungen und seinem Schicksal verknüpfen. Niemand, der die lebhafte Teilnahme ihrer Mitglieder für die Krankenkassen zu beobachten Gelegenheit hatte, wird leugnen, daß ihr Anteil an der Kassenverwaltung und die Ansprüche an die Kasse zu jenen Banden gehören, die weite Kreise mit unserem Staatsleben verknüpfen und ihr eigenes Wohl und Wehe an das des Ganzen fesseln. Diese Bande immer fester werden zu lassen, unbeschadet aller Meinungs- und Parteiunterschiede, gehört auch zu den Zukunftsaufgaben, und das hier vorgeschlagene ist ein wenn auch nur bescheidenes Mittel, um jenem Ziele näher zu kommen.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Erlangung und Benutzung der Versicherungskarte zur Angestelltenversicherung.

1. Die versicherungspflichtigen Angestellten haben sich von der Ausgabestelle für Angestelltenversicherung eine Versicherungskarte ausstellen zu lassen. Der Antrag auf Ausstellung dieser Karte ist mittels einer Aufnahmekarte zu stellen, die über Alter, Familienverhältnisse und Gehaltsbezüge Aufklärung geben muß. Die Vordrucke für die Versicherungs- und Aufnahmekarten werden nebst einer Anleitung über ihre Ausstellung von der Ausgabestelle erteilt.

Die Ortspolizeibehörde kann die Angestellten durch Geldstrafen bis zu 10 ℳ zur Einreichung der Aufnahmekarten anhalten.

Hat ein Angestellter keine Versicherungskarte oder weigert er sich, sie vorzulegen, so kann sie der Arbeitgeber beschaffen. Er braucht es aber nicht zu tun, da der Besitz einer Versicherungskarte sowie die Quittungsleistung in der Versicherungskarte im Interesse des Angestellten liegt, und der Arbeitgeber die Versicherungskarte zur Beitragsentrichtung nur dann braucht, wenn er ausnahmsweise die Beiträge nicht im Wege des Postscheck-Verfahrens, sondern durch Einkleben und Entwerten von Beitragsmarken entrichten sollte.

2. Was die Angabe des Alters in der Versicherungskarte betrifft, so sieht die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Ausnahmefällen von dieser Angabe ab, wenn die Identität des Versicherten durch eine besondere der Anstalt zu erstattende Anzeige gewährleistet ist, welche Geburts-Tag und -Ort, sowie Wohnort und Wohnung enthält.

3. Hat ein Versicherter mehrere Arbeitgeber, so kann er sich von der Ausgabestelle mehrere Versicherungskarten ausstellen lassen und gleichzeitig benutzen. Die Karten erhalten fortlaufende Nummern.

4. Verlorene, unbrauchbar gewordene oder zerstörte Versicherungskarten werden durch neue ersetzt; auch sonst kann der Angestellte jederzeit eine neue Versicherungskarte verlangen.

Zu diesem Zwecke hat der Angestellte sich von der Ausgabestelle eine neue Aufnahme und Versicherungskarte geben zu lassen. Er füllt die Vordrucke aus, und die Ausgabestelle erteilt ihm eine neue Versicherungskarte.

Wird eine verlorene, unbrauchbar gewordene oder zerstörte Karte ersetzt, so werden in die neue Karte die nachweisbar geleisteten Beiträge beglaubigt übertragen. Die Ausgabestelle fragt bei der Reichsversicherungsanstalt an, welche Beiträge geleistet sind. Statt dessen kann der Angestellte auch einen ihm von der Reichsversicherungsanstalt auf Antrag oder von Amts wegen zugegangenen Kontoauszug vorlegen. Auch genügt es, wenn der Arbeitgeber in der Ersatzkarte die geleisteten Beitragszahlungen noch einmal bescheinigt.

5. Der Arbeitgeber hat in der Versicherungskarte über den vollen Beitrag, also über den von ihm selbst und über den vom Angestellten zu tragenden Anteil zu quittieren.

Ist der Angestellte auf Grund einer privaten Lebensversicherung gemäß § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte von der eigenen Beitragsleistung befreit, so wird für ihn nur der halbe Beitrag — nämlich die Arbeitgeberhälfte — entrichtet. Infolgedessen ist in diesem Falle in der Versicherungskarte nur über den halben Beitrag zu quittieren.

Ist versehentlich nur über den halben Beitrag quittiert worden, obwohl Vollbeiträge geleistet sind, so ist die Versicherungskarte nachträglich richtigzustellen. Dies geschieht zweckmäßig in folgender Weise: In Spalte 1 der nächsten freien Zeile werden die Monate angegeben, während deren zu Unrecht nur über die halben Beiträge quittiert ist. In Spalte 2 werden die halben Beiträge eingetragen, über die noch nicht quittiert ist (z. B.: „8×2,40 ℳ und 4×3,40 ℳ"). In Spalte 3 empfiehlt sich neben dem Namen des Arbeitgebers folgender Zusatz: „nachträgliche Quittung über die andere Beitragshälfte."

6. Die durch die Uebersendung der Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte entstehenden Portokosten sind keine Beiträge; sie sind daher der in der Versicherungskarte zu bescheinigenden Beitragssumme nicht zuzuschlagen.

7. Auch die zur Abkürzung der Wartezeit eingezahlte Prämienreserve ist nicht in der Versicherungskarte zu vermerken.

8. Ueber die Zeiten, in denen aus irgend einem Grunde keine Beiträge gezahlt werden, ist kein Vermerk in die Versicherungskarte aufzunehmen.

Geleistete Militärdienste werden durch die Militärpapiere nachgewiesen.

Krankheitszeiten werden durch Bescheinigungen nachgewiesen, die von den von der obersten Verwaltungsbehörde bezeichneten Behörden auszustellen sind.

Für den Besuch einer staatlich anerkannten Lehranstalt dient eine Bescheinigung des Leiters der Anstalt als Nachweis.

Alle diese Bescheinigungen sind aufzubewahren und der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte oder dem Rentenausschuß auf Erfordern einzureichen. Näheres mitzuteilen sind wir auf Anfrage gern bereit.

9. Die Quittung des Arbeitgebers hat handschriftlich oder durch Stempel den jeweiligen Bei-

tragsmonat, den fälligen Beitrag und bei jedem Beitrag den Namen des Arbeitgebers zu enthalten; sie ist vom Arbeitgeber sofort nach der Einzahlung des Beitrages auszustellen. Die Eintragung der Beiträge kann fortlaufend erfolgen ohne Rücksicht darauf, wie viel Monatsbeiträge für die einzelnen Jahre entrichtet sind. Der besseren Uebersicht wegen empfiehlt es sich aber, vor dem Beginn eines neuen Jahres die Ueberschrift: „Im Jahre 191 ... sind Beiträge gezahlt:“ zu wiederholen.

10. Die sich freiwillig Weiterversichernden können die Versicherungskarte, die sie als Pflichtversicherte gehabt haben, weiter benutzen. Die freiwillig Versicherten vermerken die eingezahlten Beiträge selbst in der Versicherungskarte. Es empfiehlt sich aber der Vermerk: „freiwilliger Beitrag“. Als Quittung über die gezahlten Beiträge dient der Postschein.

11. Für die Berechnung der späteren Renten ist das bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte für jeden Versicherten geführte Konto maßgebend, über das die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf Antrag jederzeit und von Amts wegen in Zukunft alljährlich einen Auszug erteilt. Demgegenüber dienen die Eintragungen in der Versicherungskarte nur zur Nachprüfung.

Falls der Versicherte auf eine Handhabe zur Nachprüfung der ihm erwachsenen Anwartschaften auf die Versicherungsleistungen keinen Wert legt, kann er auch gänzlich auf den Eintrag in der Versicherungskarte verzichten.

Ein Verzicht auf die Ausstellung der Versicherungskarte ist jedoch nicht zulässig.

12. Niemand darf eine Versicherungskarte wider den Willen des Inhabers zurückbehalten. Insbesondere steht dem Arbeitgeber kein Zurückbehaltungsrecht an der Karte zu. Eine Ausnahme gilt nur für die zuständigen Stellen, wenn sie die Karten zur Neuausstellung, Berichtigung oder Beitragsüberwachung zurückbehalten.

Wer Karten dieser Vorschrift zuwider zurückbehält, ist dem Berechtigten für Nachteile hieraus verantwortlich. Die Ortspolizeibehörde nimmt die Karte ab und händigt sie dem Berechtigten aus.

13. Die Versicherungskarte darf nur die gesetzlich vorgeschriebenen Angaben enthalten und keine besonderen Merkmale tragen, vor allem darf aus ihr nichts über Führung oder Leistungen des Inhabers zu entnehmen sein.

14. Wer Versicherungskarten mit unzulässigen Eintragungen oder mit besonderen Merkmalen versieht, kann vom Rentenausschuß mit Geldstrafe bis zu zwanzig Mark bestraft werden.

Mit der gleichen Strafe kann bestraft werden, wer in Versicherungskarten den Vordruck fälschlich ausfüllt oder die zur Ausfüllung des Vordruckes eingetragenen Worte oder Zahlen verfälscht oder wissentlich eine falsche Karte gebraucht.

15. Versicherungskarten, in welchen sich offenbar unrichtige Angaben, sei es hinsichtlich der Personalien, sei es hinsichtlich der Befreiung von der eigenen Beitragsleistung oder der Beiträge selbst befinden, werden im Unterschied von den Quittungskarten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht von den Ausgabestellen berichtigt. Sie können von der Reichsversicherungsanstalt, dem Rentenausschuß und den Beauftragten beider eingefordert und berichtigt werden.

16. Arbeitgeber und Angestellte sind verpflichtet, der Reichsversicherungsanstalt, dem Rentenausschuß und deren Beauftragten auf Erfordern die Versicherungskarten zur Prüfung und Berichtigung gegen Empfangsschein auszuhändigen. Der Rentenausschuß kann die Erfüllung dieser Pflicht durch Geldstrafen bis zu je 150 ℳ erzwingen.

17. Aendert sich die Wohnung des Versicherten, so ist weder eine Berichtigung der Versicherungskarte noch eine Anzeige an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte oder den Rentenausschuß erforderlich. Natürlich empfiehlt sich die Anzeige eines Wohnungswechsels dann, wenn er nach Absendung einer Eingabe an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte oder den Rentenausschuß eingetreten ist und die Antwort noch aussteht.

18. Verheiratet sich eine weibliche Versicherte, so empfiehlt es sich, dem Rentenausschuß die Versicherungskarte nebst einer standesamtlichen Heiratsurkunde, die gemäß § 337 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gebühren- und stempelfrei ausgestellt wird, zwecks Berichtigung einzureichen.

19. Nach § 195 Abs .2 ist der Versicherte verpflichtet, die Versicherungskarte spätestens zwei Monate nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte einzusenden, wenn er während des Monats von mehreren Arbeitgebern beschäftigt wird oder wenn seine Beschäftigung nicht den vollen Monat hindurch stattfindet. Auf diese Einsendung hat aber die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte verzichtet. Die Karte ist also der Anstalt stets nur auf Erfordern einzureichen.

20. Ist eine Versicherungskarte mit Quittungsvermerken gefüllt, so läßt sich der Versicherte gemäß der Ausführungen zu 4 Abs. 2 eine neue Karte ausstellen. Die alte bewahrt er auf. Der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ist sie nur auf Erfordern einzureichen.

21. Die Versicherungskarte soll binnen fünf Jahren nach dem Tage der Ausstellung durch eine neue ersetzt werden. Ist dies versäumt, so kann die Ortspolizeibehörde den Versicherten dazu durch Geldstrafen bis zu 10 ℳ anhalten.

Die Ausstellung der neuen Versicherungskarte ist mittels Aufnahmekarte bei der Ausgabestelle zu beantragen. Die alte Versicherungskarte bleibt auch in diesem Fall im Besitz des Versicherten. Aufrechnungsbescheinigungen wie in der Invalidenversicherung werden nicht erteilt.

Durch die Einreichung der neuen Aufnahmekarte wird die Reichsversicherungsanstalt von den in den Familienverhältnissen der Angestellten seit Ausstellung der ersten Versicherungskarte eingetretenen Veränderungen unterrichtet. Deshalb brauchen die versicherungspflichtigen Angestellten — von dem zu 18 erwähnten Fall abgesehen — Veränderungen in ihren Familienverhältnissen der Reichsversicherungsanstalt ohne Aufforderung nicht anzuzeigen.

Der Stand der Beratungsstellen für Geschlechtskranke.

Eine große Konferenz, die am 25. Oktober 1915 im Reichsversicherungsamt stattfand, beschloß eine Reihe von Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Zu diesen gehörte in erster Linie die Errichtung von „Beratungsstellen“. Ihr Zweck ist kostenlose und streng verschwiegene Beratung von Personen, die an Geschlechtskrankheiten oder deren Nachkrankheiten leiden oder daran zu leiden besorgen. Die Beratungsstelle soll sich auf alle in ihrem Bezirk wohnenden oder be-

schäftigten Personen erstrecken, die der versicherungspflichtigen Bevölkerung angehören oder ihr nahestehen. Die Kosten der Einrichtung und Unterhaltung der Beratungsstellen und die Reisekosten der Versicherten tragen die Invalidenversicherungsanstalten. Die Aerzte der Beratungsstellen sollen sich der Behandlung enthalten. Sie haben nur die Notwendigkeit einer solchen festzustellen und den Kranken auf ärztliche Hilfe zu verweisen. Die Weiterbehandlung soll dann auf Kosten der Krankenkasse oder der Versicherungsanstalt geschehen.

Eine vom Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen unternommene Umfrage hat ergeben, daß bis jetzt von 16 Versicherungsanstalten solche Beratungsstellen bereits errichtet worden sind und zwar in Königsberg, Charlottenburg, Schöneberg, Brandenburg, Wittenberge, Prenzlau, Landsberg, Cottbus, Stettin, Hannover, Göttingen, Osnabrück, Lüneburg, Wilhelmshaven, Münster, Dortmund, Neuhaus, Bayreuth, Leipzig, Chemnitz, Zwickau, Plauen, Baden, Karlsruhe, Gießen, Mainz, Schwerin, Rostock, Neustrelitz, Jena, Oldenburg, Braunschweig, Thedinghausen, Wolfenbüttel, Schöningen, Calvörde, Gandersheim, Blankenburg, Hasselfelde, Oldendorf, Hamburg, Bremen, Lübeck, Bremerhaven, Cuxhaven, Straßburg. Die Verhandlungen über die Errichtung von Beratungsstellen sind noch nicht abgeschlossen bei den Versicherungsanstalten Westpreußen, Berlin, Schlesien, Provinz Sachsen, Schleswig-Holstein, Hessen-Nassau, Niederbayern, Oberpfalz, Mittelfranken, Unterfranken, Schwaben. Die Tätigkeit der Beratungsstelle erstreckt sich bei 19 Versicherungsanstalten auf alle Versicherten und die ihnen nahestehenden Bevölkerungskreise. Nur auf die entlassenen Kriegsteilnehmer erstreckt sich die Tätigkeit bei den Versicherungsanstalten Westpreußen und Schleswig-Holstein. Die Krankenkassen melden auf Grund einer Vereinbarung mit den Versicherungsanstalten alle ihnen zur Kenntnis kommenden Fälle im Bezirk von 7 Versicherungsanstalten. Reisekosten und entgangener Arbeitsverdienst werden den geladenen Besuchern der Beratungsstelle von 16 Versicherungsanstalten erstattet. Nur Reisekosten werden erstattet von 4 Versicherungsanstalten. Die ärztliche (Weiter-)Behandlung der Kranken erfolgt für Rechnung der Versicherungsanstalt in Ostpreußen, Westfalen und Thüringen. Zur Geheimhaltung des Krankheitsfalles übernimmt die Versicherungsanstalt das Heilverfahren in besonderen Fällen in Pommern, Hannover und Oldenburg. In den übrigen Bezirken wird die Fürsorge für die Behandlung den Krankenkassen überlassen. Zu den Kosten der Beratungsstellen werden die Kassen nirgends herangezogen. Zur Deckung der Kosten des Heilverfahrens wird bei einer Versicherungsanstalt das Krankengeld ganz, bei zweien zur Hälfte in Anspruch genommen.

Ueber die Inanspruchnahme der Beratungsstellen liegen Ziffern noch nicht vor. Nur die Beratungsstelle in Hamburg, die als Vorbild dient, verfügt über längere Erfahrungen. Es muß Aufgabe aller Kreise sein, die Beratungsstellen zu allgemein bekannten Einrichtungen zu machen, damit sie lebenskräftig ihre Aufgabe erfüllen können.

Arztverträge mit Ruhegehältern und Hinterbliebenenfürsorge.

Im Mai 1914 verlangte der Verein der Knappschaftsärzte vom großen Allgemeinen Knappschaftsverein in Bochum eine Honorarerhöhung von 4 auf 5 ℳ für jedes Mitglied mit der Begründung, daß die Lebensmittelpreise, der Lohn der Dienstboten usw. gestiegen seien. Infolge des Krieges gerieten die Verhandlungen mit den Aerzten ins Stocken. Die Knappschaftsverwaltung arbeitete aber einen Aerztevertrag aus, der den Aerzten eine Honorarerhöhung von 1 ℳ für das Kassenmitglied derart zugesteht, daß ihnen die Hälfte bar ausgezahlt wird, während die anderen 50 Pf., also bei 400 000 Mitgliedern 200 000 ℳ, dazu dienen sollen, ihnen Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge zu sichern. Es wurde vom Knappschaftsverein ausgerechnet, daß die sich auf diese Weise ergebenden Summen zunächst für 40 bis 50 Jahre zur Deckung der erforderlichen Pensionen ausreichen.

Der Leipziger Aerzteverband äußerte sich in seiner Zeitschrift sehr zurückhaltend: Als die Dresdener Ortskrankenkasse eine Pensionierung ihrer Aerzte ins Auge gefaßt habe, sei diesen die Annahme der Pension vom ärztlichen Ehrenrat als mit der Stellung und Würde des Aerztestandes unvereinbar untersagt worden; der Ehrengerichtshof für das Königreich Sachsen sei dem beigetreten. Die Knappschaftsärzte waren aber der Meinung, daß die Einrichtung für sie ungefährlich sei, denn sie stimmten mit der Knappschaftsverwaltung überein, daß es unbedingt nötig sei, Ruhegehälter zu gewähren. Nach dem Vertragsentwurf sollte das Ruhegehalt nach einer Mindestbeschäftigung von zehn Jahren eintreten können und dann 2000 ℳ für das Jahr, nach einer Tätigkeit von 22 Jahren 4500 ℳ betragen. Ueber die Witwenfürsorge war folgende Bestimmung aufgenommen: „Im Falle des Todes des Knappschaftsarztes Dr. . . . . . . nach fünfjähriger Mindestbeschäftigung erhält seine Witwe ein jährliches Witwengeld von 800 ℳ, steigend mit jedem weiteren Jahre der Mindestbeschäftigung um 80 ℳ bis zum Höchstbetrage von 1800 ℳ bei einer 17½-jährigen Mindestbeschäftigung, und eine Erziehungsbeihilfe für jedes Kind im Alter von weniger als 18 Jahren im Betrage von $^1/_5$ des Witwengeldes, also steigend von 160 ℳ jährlich bis 360 ℳ. Die Gesamtbezüge der Witwe (Witwengeld und Erziehungsbeihilfe) dürfen jedoch nicht das Ruhegehalt des Mannes übersteigen." Im Anschluß hieran waren die Renten für die Kinder näher geregelt.

Die Arbeitervertreter (Vorstandsältesten) bei dem Knappschaftsverein waren mit dieser Einrichtung **nicht** einverstanden. Sie wendeten insbesondere ein, daß die Knappschaftsärzte keine Beamten des Vereins seien. Sie hätten meist noch hohe Einkünfte aus Privatpraxis und Tätigkeit bei anderen Krankenkassen, Krankenhäusern usw. Ihre großen Einkünfte reichten sicherlich hin, sich selbst eine Pensionskasse zu gründen. Gegen eine Erhöhung des Arzthonorars aber hatten die Arbeitervertreter grundsätzlich nichts einzuwenden. In einer längeren schriftlichen Eingabe begründeten sie ihre Ansicht. In zwei Vorstandssitzungen im März und April 1916 stimmten die Werks-(Arbeitgeber-)Vertreter geschlossen für Annahme des Vertrages, die Arbeitervertreter aber dagegen. Damit war der Vertrag abgelehnt. Die Werksvertreter riefen jedoch die Entscheidung des Kgl. Oberbergamts Dortmund an mit der Begründung, durch die Ablehnung seien erhebliche Interessen des Knappschaftsvereins gefährdet. Die Aerzte drohten, im Falle einer Ablehnung des

Vertrages die Vertretung der einberufenen Kollegen abzulehnen. In einer eingehenden Eingabe legten auch die Werksvertreter dem Oberbergamt ihre Ansichten dar. Der Vertrag mit den Pensionseinrichtungen werde zu einem freudigen Hand-in Handarbeiten der Aerzte mit der Kasse führen; dieses innige Verhältnis bilde eine Gewähr für die Erhaltung eines dauernden tüchtigen Arztbestandes, der die Angelegenheiten der Kasse zu den seinen mache. Die Forderung der Aerzte auf Erhöhung der Bezüge sei auch nicht unbillig. Hierauf wahrten wieder die Vorstandsältesten in einer längeren Eingabe ihren Standpunkt.

Die Angelegenheit gab Anlaß zu einer Vorsprache einiger Arbeitervertreter im preußischen Handelsministerium am 14. September 1916, wo sie vom Geheimen Ober-Regierungsrat Reuß empfangen wurden. Aus ihren Darlegungen war zu entnehmen, daß sich durch weitere Verhandlungen die Vertragsfrage dahin geregelt habe, daß die Knappschaftsverwaltung die Aerzte-Pensionskasse nicht gründe und das Risiko nicht übernehme. Die Sache stünde jetzt so, daß die Kassenverwaltung, die Werksvertreter und die Aerzte nur noch verlangten, daß der Knappschaftsverein die Aerzte-Pensionskasse verwalte. Jüngere Aerzte wollten überhaupt nichts von der Pensionskasse wissen; ihnen sei die Auszahlung des vollen Honorars lieber. Aber auch gegen die bloße Verwaltung der Pensionskasse durch den Knappschaftsverein seien die Arbeitervertreter, sie wünschten deshalb, daß der Herr Minister in diesem Sinne vermittele. Mit der Erhöhung des Honorars von 4 auf 5 ℳ seien sie einverstanden.

Hieraus geht hervor, daß der Aerztevertrag mit Ruhegehaltsansprüchen gescheitert ist. Die Frage, wer die von den Aerzten zu errichtende private Kasse verwaltet, ist doch schließlich hier nicht von Belang.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Ist der Entbindungskostenbeitrag von 25 ℳ neben der Wöchnerinnenheimpflege zu zahlen?

1. Nach Berlin. Frage: Kann eine Krankenkasse, welche einer Wöchnerin mit deren Zustimmung nach § 196 RVO. Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim gewährt, mit dem Wochengeld auch das nach § 3 Nr. 1 der Bek. vom 3. Dezember 1914 zu zahlende Entbindungsgeld zusammen an Stelle des Wochengeldes einbehalten? Oder darf hiervon nur auf ein Teil desselben, soweit er zur Kostendeckung ausreicht, zugegriffen werden? Oder ist ein Zugriff auf diese 25 ℳ unzulässig, da die Kasse sich zur Uebernahme der Kosten anstelle des „Wochengeldes“ bereit erklärt hat? — Zum Beispiel: Für 9 Verpflegungstage sind zu zahlen à 3 ℳ = 27 ℳ. Das Wochengeld für 9 Tage beträgt 18 ℳ; hierzu aus dem Entbindungsgeld 9 ℳ, zusammen also 27 ℳ. Wäre der verbleibende Rest aus letzterem mit 16 ℳ an die Wöchnerin zu zahlen? Wir meinen: da die 25 ℳ „als einmaliger Beitrag zu den Kosten der Entbindung“ zu zahlen sind, der Wöchnerin aber durch die seitens der Kasse gewährte Anstaltspflege Kosten für die Entbindung nicht erwachsen, kann angenommen werden, daß § 196 RVO. in Verbindung mit § 3 Nr. 1 der Bek. vom 3. Dezember 1914 dahin auszulegen ist, daß es heißen muß „anstelle des Wochen- und Entbindungsgeldes“.

Antwort: Die Frage erscheint zweifelhaft. Liebrecht im Preuß. Verw.Bl. 37 S. 18 nimmt an, daß der Beitrag von 25 ℳ an die Wöchnerin nicht zu zahlen ist, wenn ihr Entbindungskosten überhaupt nicht erwachsen sind, weil sie von anderer Seite vollständig verpflegt worden ist. Das erscheint an sich schon recht bedenklich, kann aber unseres Erachtens jedenfalls dann nicht gelten, wenn der Wöchnerin Entbindungskosten deshalb nicht erwachsen sind, weil diese Kosten im Rahmen der gemäß § 196 Ziff. 1 RVO. gewährten Kur und Verpflegung von der Krankenkasse selbst bestritten wurden. Denn hierdurch wird, wie sich aus den Worten „an Stelle des Wochengeldes“ ergibt, nur dieses abgegolten. Aus § 196 RVO. also läßt sich die völlige oder teilweise Versagung des Barbetrages nicht herleiten. Nach der Bek. vom 3. Dezember 1914 aber können die baren Beihilfen aus § 3 Ziff. 1 und 3 durch Sachleistungen nur dann abgegolten werden, wenn die Kasse „allgemein für alle Wöchnerinnen“ den Beschluß gefaßt hat, statt jener Barleistungen die näher bezeichneten Sachleistungen zu gewähren (§§ 4, 8 Abs. 2). Die im Einzelfalle nach § 196 RVO. gewährte Wöchnerinnenheimpflege läßt also den Anspruch auf die 25 ℳ unberührt.

Einwurf einer Meldung in den Briefkasten der Meldestelle.

2. Nach Bochum. Antwort: Wenn eine An- oder Abmeldung in den Briefkasten der Krankenkasse eingeworfen wird, so muß die Meldung als an diesem Tage eingegangen gelten, wenn nach den Umständen erwartet werden konnte, daß die Meldung noch an demselben Tage in die Hand einer zur Empfangnahme von Meldungen berufenen Person gelangen werde. Wir verweisen hierüber auf unsere Auskunft im Jahrg. 1908 S. 63

Ziff. 1 und die dort angeführten Stellen, sowie auf unsere Anm. zu einer Entsch. des Reichsger. im Jahrg. 1910 S. 529, 530. Daß die Meldung in diesem Sinne rechtzeitig erfolgt ist, wird freilich nötigenfalls nachgewiesen werden müssen. Ist sie aber erst nach den Dienststunden in den Briefkasten gelegt, so konnte nicht erwartet werden, daß sie noch an demselben Tage zur Kenntnis einer berufenen Person gelangen werde; sie gilt daher erst in dem Zeitpunkt als erfolgt, in welchem sie tatsächlich zur Kenntnis einer solchen Person gelangt ist oder doch geschäftsordnungsmäßig gelangen mußte.

Keine Pflicht der Kasse zur Krankenhausbehandlung. Umfang des Ersatzanspruchs des Armenverbandes.

3. An O. S., Erfurt. Antwort: Es ist anerkannt, daß die Gewährung von Krankenhauspflege nach § 184 RVO. an Stelle der Leistungen aus § 183 immer nur ein Recht, niemals eine erzwingbare Pflicht der Krankenkasse ist, und das Reichsversicherungsamt hat in einer neueren Entsch. (2260 Amtl. Nachr. 1916 S. 647) noch ausdrücklich ausgesprochen, daß die Uebernahme der Krankenhauspflege durch die Kasse auch von der Aufsichtsbehörde im Einzelfalle nicht erzwungen werden kann. Daher kann die Ablehnung der Krankenhauspflege durch die Kasse für sich allein auch nicht hinreichen, einen Schadensersatzanspruch gegen Organmitglieder oder Angestellte zu begründen. Hat sich der Versicherte ohne Zustimmung der Kasse, sei es auch auf Veranlassung des Kassenarztes, in das Krankenhaus begeben und ist er dort im Wege der Armenpflege verpflegt worden, so kann der Armenverband Ersatz nur nach Maßgabe der §§ 1531 bis 1533 RVO. beanspruchen. Anspruch auf vollen Ersatz der erwachsenen Kosten kann die Krankenhausverwaltung oder der Armenverband von der Kasse nur dann fordern, wenn nach den Umständen des Falles der Arzt als ermächtigt anzusehen war, im Namen der Kasse die Krankenhauspflege anzuordnen, oder wenn die Kasse nachträglich die Aufnahme ins Krankenhaus als für ihre Rechnung erfolgt anerkennt.

Wer trägt die Kosten der Instandsetzung eines künstlichen Beines, wenn der Unfall sich vor dem UVG. von 1884 ereignet hat?

4. Nach R. Antwort: Im Jahre 1889, als sich Ihr Unfall ereignete, gehörte die Gewährung und Instandhaltung von sogen. „Hilfsmitteln", wie künstlichen Gliedmaßen, noch nicht zu den Verpflichtungen der Berufsgenossenschaft (zu vgl. § 5 UVG. v. 1884; Handb. d. UV. 2. Aufl. S. 155). Erst durch § 9 GUVG. wurde eine solche Verpflichtung begründet, wie sie demnächst auch in den § 558 RVO. übergegangen ist. Daß die hier festgestellte Pflicht zur Gewährung solcher Hilfsmittel regelmäßig auch die Pflicht zu ihrer Instandhaltung und Erneuerung einschließt, ist anerkannt (Beschl. des RVA. 2005 Amtl. Nachr. 1903 S. 476). Allein das bezieht sich eben nur auf solche Fälle, in denen eine Pflicht zur Gewährung des Hilfsmittels selbst bestand, also nicht auf die Instandsetzung eines künstlichen Beines, das der Verletzte noch unter der Herrschaft des Gesetzes von 1889 sich auf eigene Kosten beschaffen mußte. Mit der Vorschrift des Art. 60 Einf.Ges. zur RVO. ist dem Verletzten nicht zu helfen, wenn in einem solchen Falle die Instandsetzung des künstlichen Beines jetzt unter der Herrschaft des § 558 RVO. notwendig wird. Gerade aus Art. 60 ist zu entnehmen, daß die Ansprüche des Verletzten wegen eines vor Geltung der RVO. erlittenen Unfalls grundsätzlich nach dem alten Rechte und nur ausnahmsweise unter gewissen Voraussetzungen nach dem neuen Rechte zu beurteilen sind. Zu diesen Voraussetzungen gehört, daß es sich um die „erste" Feststellung von Entschädigungsansprüchen aus dem Unfall handeln muß. Das trifft im vorliegenden Falle nicht zu. Deshalb läßt sich die Ablehnung Ihres Anspruchs durch die Berufsgenossenschaft im Rechtsmittelwege nicht angreifen. Dagegen wurde die Aufwendung von Mitteln der Berufsgenossenschaft zur Gewährung und Instandhaltung solcher Hilfsmittel schon nach dem alten Rechte wenigstens für statthaft, wenngleich nicht für geboten erachtet, und sie empfiehlt sich namentlich dann, wenn der Mangel des Mittels geeignet wäre, das Maß der Erwerbsunfähigkeit zu steigern (zu vgl. Handb. 2. Aufl. S. 155). Sollte die Sache bei Ihnen so liegen, so empfehlen wir, noch einmal bei der Berufsgenossenschaft vorstellig zu werden. Nur freilich kann sie auch bei solcher Lage der Sache nicht genötigt werden, die Kosten der Instandsetzung zu übernehmen.

Voraussetzungen für den Erwerb eines Grundstückes durch die Krankenkasse.

5. Nach Nauen. Frage: Unsere Kasse beabsichtigt ein unbebautes Grundstück zu kaufen und ein eigenes Verwaltungsgebäude zu bauen. Welche Beschlüsse sind hierzu erforderlich, und zwar vom Vorstand und Ausschuß? Ist außerdem noch die Genehmigung der Aufsichtsbehörde einzuholen?

Antwort: Zum Erwerb eines Grundstücks bedarf es, wie sich aus § 345 Ziff. 1, § 346 Abs. 1 RVO. ergibt und das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2163 (Arb.Vers. 1916 Heft 15 S. 346, 347 oben) ausdrücklich ausgesprochen hat, „in jedem Falle außer einem Beschlusse des Vorstandes auch eines entsprechenden Beschlusses des Ausschusses". Die Genehmigung der Aufsichtsbehörde ist nicht erforderlich (Hahn, Handbuch der Kr.Vers. Anm. 1 zu § 346 RVO.).

Wer bestimmt die Bezugsquelle für Heilmittel?

6. Nach Leipzig. Frage: Verschiedene Aerzte schreiben bei Verordnung von Brillen, Bruchbändern oder anderen Heilmitteln die Geschäfte vor, wo die Sachen zu holen sind. Auch das hiesige Krankenhaus tut dies. Sind die Krankenkassen verpflichtet, die vorgeschriebenen Bandagisten, Optiker usw. zu berücksichtigen, da doch mit sämtlichen in Leipzig vorhandenen Bandagisten usw. Verträge bestehen? Wir neigen der Ansicht zu, daß die Wahl der Bandagisten usw., sowohl den Aerzten gegenüber, wie dem Krankenhaus, voll und ganz den Krankenkassen frei stehen muß.

Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung nicht. Grundsätzlich steht das Recht, die Bezugsstelle (Apotheke, Drogenhandlung usw.) für ein verordnetes Heilmittel zu wählen, dem Versicherten zu. Das folgt aus § 375 Abs. 1 Satz 3 RVO., wonach die Kasse die Bezahlung einer dem Versicherten gelieferten Arznei nur unter den da-

selbst in Satz 1 u. 2 bestimmten Voraussetzungen deshalb ablehnen kann, weil das Mittel nicht von einer bestimmten Stelle bezogen ist. Für Heilmittel, die nicht zu den Arzneimitteln gehören, besteht nicht einmal diese Beschränkung. Der Versicherte kann sie überall her beziehen, ist aber hierin dadurch beschränkt, daß die Kasse nur für den notwendigen Aufwand aufzukommen hat. Deshalb ist es nur sachgemäß, wenn Aerzte und Krankenhäuser die Kranken darauf hinweisen, wo sie die erforderlichen Mittel in guter Beschaffenheit zu angemessenen Preisen erhalten.

Kriegsunterstützung als Voraussetzung der Kriegswochenhilfe für die nichtversicherte uneheliche Mutter.

7. **Nach Sondershausen.** Antwort: Die uneheliche Mutter kann nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915, sofern der Vater Kriegsteilnehmer ist, die Kriegswochenhilfe nach § 3 nur dann beanspruchen, wenn sie für das Kind Kriegsunterstützung erhält. Nur ob diese Voraussetzung erfüllt ist, ist also zu prüfen. Kriegsunterstützung ist aber zu gewähren, wenn Bedürftigkeit besteht und außerdem die Verpflichtung des Kriegsteilnehmers als Vater zur Gewährung des Unterhalts festgestellt ist. Eine solche Feststellung hat aber in dem geschilderten Falle offenbar noch nicht stattgefunden. In der Regel wird sie durch gerichtliches Urteil oder durch Anerkennung der Vaterschaft in öffentlicher Urkunde zu erfolgen haben. Gesetzliches Erfordernis ist das freilich nicht. Aber andere Beweismittel werden doch nur ganz ausnahmsweise zugelassen werden dürfen. Zum mindesten müßte erst einmal ermittelt werden, ob der Kriegsteilnehmer in der Tat der Mutter in der Empfängniszeit beigewohnt hat.

Ersatzanspruch der Kasse gegen den Unternehmer wegen des Unfallzuschusses.

8. **Nach H.** Antwort: Zunächst ist zu bemerken, daß das Versicherungsamt zur Entscheidung über den Anspruch der Kasse nicht zuständig ist. Das Spruchverfahren findet allerdings nach § 585 RVO. bei Streitigkeiten über Ersatzansprüche aus §§ 573 bis 577 statt. Von einem solchen Anspruch kann aber im vorliegenden Falle nicht die Rede sein, da die Kasse selbst nicht zu behaupten vermag, daß ein Betriebsunfall tatsächlich vorgelegen habe. Sie stützt ihren Anspruch gegen die Betriebsunternehmerin vielmehr darauf, daß sie durch diese in den Irrtum versetzt worden sei, daß es sich um einen Betriebsunfall handle. Ein solcher Schadenersatzanspruch wäre vor dem ordentlichen Gericht zu verfolgen. Er ist aber völlig unbegründet. Die Firma hat nur bescheinigt, daß „der Unfall resp. die Krankheit" des D. während der Dienstzeit bei der Firma entstanden sei. Daß es sich um einen Betriebsunfall gehandelt habe — was doch Voraussetzung für die Zahlung des Unfallzuschusses ist — besagt die Bescheinigung nicht, und selbst wenn sie das besagte, so war die Auffassung der Firma für die Kasse nicht maßgeblich, sondern die Kasse hatte sich selbst ein Urteil über diese Frage zu bilden, wozu ihr durch die Ladung zur Unfalluntersuchung Gelegenheit gegeben war. Zahlte sie den Unfallzuschuß, ohne daß die Voraussetzungen dafür hinreichend geklärt waren, so tat sie es auf eigene Gefahr und kann jedenfalls von der Firma Ersatz nicht beanspruchen.

Voraussetzungen der Schwangerschaftsbeihilfen bei der Kriegswochenhilfe.

9. **Nach M.** Antwort: Unter Schwangerschaftsbeschwerden im Sinne der §§ 3, 4, 5 der Bek. vom 3. Dezember 1914 sind nicht, wie das Versicherungsamt annimmt, nur ungewöhnlich gesteigerte Beschwerden zu verstehen. Das wäre schon Krankheit. Das Gesetz will aber, im Interesse von Mutter und Kind, durch Bewilligung der Beihilfe die Heranziehung sachgemäßer Hilfe auch bei normalen Schwangerschaftsbeschwerden fördern. Als Hebammendienste, die in diesem Sinn „erforderlich" werden, sind auch bloße Untersuchungen anzusehen, die der Feststellung des Zustandes der Schwangeren und des hierdurch bedingten Maßes der Schonung und Pflege dienen. Hat die Schwangere sich einer solchen Untersuchung unterzogen, so darf unterstellt werden, daß sie hierzu durch „Beschwerden" veranlaßt worden ist.

Krankenpflege bei Beurlaubung aus dem Kassenbezirk zur Kur.

10. **Nach Münster.** Antwort: Im allgemeinen folgt daraus, daß der Vorstand den kranken Versicherten aus dem Bezirk der Kasse beurlaubt, noch nicht ohne weiteres deren Verpflichtung zur Uebernahme oder Bezahlung der Krankenpflege außerhalb des Kassenbezirkes. (Vgl. Hahn, Handbuch der Kr.Vers., Anm. 10a zu § 182 S. 267). Wenn aber der Vorstand den Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirkes ausdrücklich zur Kur genehmigt, so muß der Versicherte nach Treu und Glauben annehmen, daß damit die Kasse sich zur Gewährung der Krankenpflege am Aufenthaltsorte verpflichten will.

Der Schriftleitung gehen fortlaufend von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsämtern und Oberversicherungsämtern zahlreiche Entscheidungen zur Veröffentlichung zu. Alle diese Eingänge werden sorgfältig geprüft und gern aufgenommen, wenn ein allgemeineres Interesse an den mitgeteilten Vorgängen erkennbar ist. Wir legen Gewicht darauf, neben den obersten Spruchstellen auch die Oberversicherungsämter und die Versicherungsämter zu Wort kommen zu lassen und sind daher für Übersendung geeigneter Unterlagen dankbar.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamerstraße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1155 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. November 1916 | Heft 33

Die Kunst der Gesetzesauslegung und die Novelle zur RVO. vom 12. Juni 1916.

Von Landesrat Dr. Brunn in Berlin.

Ende Juli d. J. fand auf Anregung einer Versicherungsanstalt im Reichsversicherungsamt eine Besprechung zwischen Vorstandsmitgliedern einiger Landesversicherungsanstalten und Mitgliedern des Reichsversicherungsamts über die Auslegung des Reichsgesetzes vom 12. Juni 1916, betreffend Renten in der Invalidenversicherung, statt. Nicht weniger als 18 verschiedene Zweifelsfragen wurden behandelt und die über die Auslegung erzielte Einigung protokollarisch niedergelegt. Dieses Protokoll ist allen Versicherungsanstalten zugegangen. Dieses Verfahren ist so neu und eigenartig, daß einige Worte über dessen Anlaß und über dessen rechtliche Bedeutung angebracht erscheinen.

Die Gesetzgebungs- und Verordnungsmaschine hat bei uns in der Kriegszeit eine erstaunliche Tätigkeit entfaltet; daß die Güte der Gesetzgebungserzeugnisse ihrer Menge entsprach, kann man leider nicht behaupten. Auch die auf die soziale Versicherung bezüglichen Gesetze und Verordnungen zeigen vielfach einen Mangel an praktischer Brauchbarkeit und Gründlichkeit, ja an Verständlichkeit. Man braucht nur an die Kriegswochenhilfe zu erinnern: Nicht weniger als drei Bundesratsverordnungen sind hierfür erforderlich gewesen. Aber wer da glauben wollte, daß damit wenigstens die rechtlichen Zweifelsfragen auf ein erträgliches Mindestmaß beschränkt sind, der irrt sich; ein Blick auf die zahlreichen Erläuterungen des Reichsamts des Innern, auf die Rechtsprechung und Literatur über die Kriegswochenhilfe wird ihn schnell eines Besseren belehren. Das Gesetz vom 12. Juni 1916 krankt ebenfalls an dem Fehler, daß ihm die gründliche Durcharbeitung fehlt. Die Tatsache, daß unmittelbar nach der Veröffentlichung des Gesetzes schon in 18 verschiedenen Fällen über dessen Anwendung Zweifel entstehen konnten — inzwischen sind weitere Zweifel aufgetaucht — ist wohl der beste Beweis hierfür. Dabei handelt es sich um ein Gesetz, das im Entwurf aus 6, in der endgültigen Fassung aus 7 kurzen Artikeln besteht und nicht etwa neue Bahnen beschreitet, sondern nur eine Aenderung des bestehenden Rechtszustandes bringt. Vielleicht entschließt man sich auf Grund der diesmaligen Erfahrungen dazu, künftig, **bevor** man mit einem fertigen Entwurf an den Reichstag tritt, die Landesversicherungsanstalten, die mit der Durchführung des Gesetzes vorzugsweise befaßt sind, sowie das Reichsversicherungsamt, das als oberste Spruchinstanz in Frage kommt, gutachtlich zu hören. Dann wird es wohl eher möglich

sein, ein Gesetz zustande zu bringen, das in der Praxis auch ohne Zwangsauslegung zu brauchbaren Ergebnissen führt.

Zweifellos hat der Gedanke etwas Bestechendes, daß die für die praktische Anwendung eines wenig gründlich vorbereiteten Gesetzes in Betracht kommenden Stellen sich über die Auslegung einigen, um seine Anwendung zu ermöglichen. Nur darf man nicht vergessen, daß weder die einzelnen Versicherungsanstalten, noch das Reichsversicherungsamt an die in der Besprechung festgelegte Auslegung gebunden sind. Ganz abgesehen davon, daß ein Vertrag über die Auslegung eines Reichsgesetzes zwischen den verschiedenen Instanzen juristisch ein Unding wäre, steht zunächst ein gemeinsames Vorgehen der Versicherungsanstalten nicht in Frage. Teilgenommen haben an der Besprechung die Mitglieder ihres sogenannten ständigen Ausschusses. Dieser hat nicht etwa unbegrenzte Vollmacht zur Geschäftsführung für alle Versicherungsanstalten, sondern vertritt die Gesamtheit, abgesehen von der Vorbereitung allgemeiner Konferenzen, in den ihm besonders übertragenen Fällen. Im vorliegenden Fall hat eine solche Beauftragung nicht stattgefunden, so daß also auch eine „moralische" Bindung der Versicherungsanstalten an die Ergebnisse der Besprechung nicht gegeben ist.

Ebensowenig wie für die Versicherungsanstalten besteht für das Reichsversicherungsamt eine Bindung an die besprochene Auslegung, wenn es etwa im Instanzenzuge damit befaßt werden sollte. Der Senat ist, selbst wenn die Besprechung in einer Gesamt- oder Abteilungssitzung des Reichsversicherungsamts stattgefunden hätte, an die Auslegung doch nicht gebunden (§ 9 Abs. 4 RVAO.). Auch die Voraussetzung des § 1717 RVO. liegt zweifellos nicht vor. Uebrigens ist auch eine Bindung der Oberversicherungsämter nicht gegeben, weil es sich nicht um eine amtlich veröffentlichte grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts im Sinne des § 1693 handelt. Rechtlich kann also die Besprechung nur als eine wissenschaftliche Erörterung von juristischen Streitfragen gelten, der eine rechtliche Bindung nach irgend einer Seite nicht zukommt. Vor einer juristischen Betrachtung in der Fachpresse hat sie den Vorzug, daß sie nicht bloß die Meinung eines einzelnen, sondern eines größeren Kreises von Fachleuten wiedergibt, und den Nachteil, daß sie die Gründe, abgesehen von einer allgemein gehaltenen Bemerkung, auf die später noch einzugehen sein wird, die für die Stellungnahme im einzelnen maßgebend waren, für denjenigen, der nicht an der Besprechung teilgenommen hat, nicht erkennen läßt. Das Abwägen der verschiedenen Ansichten, das dem Leser zeigt, wie die als richtig befundene Auslegung zustande gekommen ist, geht hier verloren.

Ebenso anfechtbar wie das eingeschlagene Verfahren ist auch, wenigstens in einigen Punkten, das Ergebnis, zu dem die Besprechung gelangt ist. Wenn das Protokoll allgemein sagt, es habe darüber Einverständnis geherrscht, „daß nur eine von sozialem Geiste getragene, außerordentlich freie, sich nötigenfalls sogar über den Wortlaut hinwegsetzende Auslegung zu annehmbaren, dem Willen des Gesetzgebers entsprechenden Ergebnissen führen könnte", so ist die Erforschung des Willens des Gesetzgebers die Aufgabe jeder Gesetzesauslegung. Nur darf man dabei nicht vergessen, daß bei der Art, wie Gesetze heute zustande kommen, nämlich durch das Zusammenwirken verschiedener Körperschaften, die Erforschung des gesetzgeberischen Willens in erster Linie von dem Wortlaut des Gesetzes ausgehen muß. Gegen den bestimmten Wortlaut eines Gesetzes die Materialien ins Feld führen, heißt diese gesetzgeberischen Vorarbeiten erheblich überschätzen. Das Reichsgericht hat bekanntlich mehrfach gegen eine Ueberschätzung des Wertes der Materialien sich gewendet. So bezeichnet es die Motive „als eine nicht von den gesetzgebenden Faktoren herrührende Privatarbeit, die weder die Bestimmung, noch die Macht hat, das Gesetz zu deklarieren" (Entsch. in Zivils. 51 S. 274). Auch einer im Bericht der Reichstagskommission enthaltenen Ansicht hat das Reichsgericht (Bd. 52 S. 342) Be-

deutung nur dann zuerkannt, wenn sie im Gesetz selbst Ausdruck gefunden hat. Was das Reichsgericht für die Auslegung des Zivilrechts ausführt, hat für jede Rechtsauslegung Geltung, also auch für das soziale Versicherungsrecht. Das erkennt auch das Reichsversicherungsamt in der grunds. Entsch. 1895 (Amtl. Nachr. 1914 S. 701 ff.). voll an.

Die Teilnehmer der Besprechung waren sich im vorliegenden Falle offenbar darüber klar, daß es sich einem derartig unklaren Gesetze gegenüber mehrfach geradezu um eine Ergänzung des Gesetzes handelt, die über den Rahmen einer Auslegung hinausging und mehr Sache gesetzgeberischer Tätigkeit war. Das ergibt sich aus der weiteren Bemerkung im Protokoll, daß auch die Frage der geldlichen Belastung der Versicherungsträger und die Rücksicht auf den durch den Krieg hervorgerufenen Beamtenmangel bei den Versicherungsträgern berücksichtigt worden seien. Das sind Erwägungen, die wohl der Gesetzgeber anzustellen hat, bevor er eine neue Rechtsnorm schafft, die aber gegenüber dem bestimmten Wortlaut des Gesetzes für die Auslegungsinstanzen keine ausschlaggebende Bedeutung haben können.

Auf Einzelheiten einzugehen und zu zeigen, in welchen Fällen meines Erachtens die Grenzen eigentlicher Gesetzesinterpretation überschritten sind, dürfte sich erübrigen; denn die hier geltend gemachten rechtlichen Bedenken werden im vorliegenden Fall durch eine Erwägung in den Hintergrund gedrängt, die allein das eingeschlagene Verfahren sowie seine Ergebnisse annehmbar erscheinen läßt. Das ist die Rücksicht auf die durch den Krieg geschaffene Lage und die Schwierigkeiten, die ohne eine solche, juristisch geradezu gewaltsame Auslegung unübersehbar geworden wären. Das Gesetz bringt durch Herabsetzung der Altersgrenze bei der Altersrente, durch Fortfall der Beschränkung bei der Kinderzulage, durch Erhöhung der Waisenrente und Waisenaussteuer eine zum Teil nicht unerhebliche Besserstellung der Versicherten. Es war das selbstverständliche Bestreben der Versicherungsträger, die Wohltaten des neuen Gesetzes den Berechtigten, unter denen sich auch frühere Kriegsteilnehmer und besonders viele Hinterbliebene von Kriegsgefallenen befinden, in möglichst weitem Umfang und, angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Lage gerade der minderbemittelten Volkskreise, auch mit tunlichster Beschleunigung zuteil werden zu lassen. Nur diese Erwägung ist sicherlich die Ursache dafür, daß sich die Versicherungsanstalten mit dem eingeschlagenen Verfahren und seinem Ergebnis im allgemeinen abgefunden haben. Es muß aber betont werden, — und das ist der Zweck dieser rückschauenden Kritik —, daß es sich um einen nur durch den Kriegszustand allenfalls zu rechtfertigenden Einzelfall handelt, der keineswegs vorbildlich sein darf. Das muß auch gelten, wenn wider Erwarten uns später nochmals eine Novelle zur Reichsversicherungsordnung beschert wird, bei der die Merkmale ihrer Entstehung am grünen Tisch ebenso deutlich ausgeprägt sind, und die deshalb in der praktischen Anwendung zu haltlosen Ergebnissen führen würde.

Winke für die Prüfung der Rechnungs- und Kassenführung bei den Krankenkassen.

Von Verwalter A. Müller, Verbandsrevisor des Verbandes badischer Krankenkassen in Wolfach.

Die Mitglieder des Vorstandes haften gemäß § 23 RVO. für getreue Geschäftsverwaltung wie Vormünder ihren Mündeln. Der Vormund ist dem Mündel nach § 1833 BGB. verantwortlich, wenn ihm ein Verschulden zur Last fällt, durch das dem Mündel aus der Pflichtverletzung Schaden entstanden ist. Die Pflichtverletzung kann in einem Tun oder in einem Unterlassen bestehen, also auch in der Unterlassung einer ausreichenden

Aufsicht über die Kassen- und Rechnungsführung. Denn die Prüfung der Kassen- und Rechnungsführung gehört zu der dem Vorstande obliegenden Verwaltung der Kasse (§ 342 RVO.). Der Vorstand trägt also auch die Verantwortung für die ordnungsmäßige Geschäftsführung durch die Angestellten der Kasse. Dadurch, daß auch das Versicherungsamt gemäß § 31 RVO. eine Prüfung vornimmt, ist der Vorstand keineswegs entlastet.

Die Art und das Maß der Ueberwachung lassen sich nicht allgemein und von vorherein bestimmen, sondern müssen sich nach den besonderen Verhältnissen richten. Ist nach der Satzung die Prüfung durch den Vorstand vorgeschrieben, so ist jedes Vorstandsmitglied für die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfung verantwortlich. Hat dagegen nach der Satzung die Prüfung durch einen Ausschuß zu erfolgen, so trifft diesen die Verantwortung. Immerhin haben auch hier die übrigen Vorstandsmitglieder darüber zu wachen, daß die Prüfung auch wirklich vorgenommen wird. Dies geschieht wohl am besten dadurch, daß in der kommenden Vorstandssitzung das Ergebnis der Kassenprüfungen zur Kenntnis gebracht wird.

Die in der Satzung vorgeschriebenen Kassenstürze müssen unter allen Umständen vorgenommen werden. Ob noch weitere unvermutete Untersuchungen für erforderlich gehalten werden, bleibt dem pflichtmäßigen Ermessen des Vorstandes überlassen. Er wird sich bei Erwägung dieser Frage wohl wesentlich davon leiten lassen müssen, in welchem Zustande die Kasse bei den bereits früher vorgenommenen Prüfungen angetroffen wurde. Eine nur einmal im Jahre unvermutet stattfindende Prüfung erscheint ungenügend. Eine halbjährliche gründliche und eine vierteljährliche stichprobenweise Prüfung dürfte das richtige treffen. Außerdem wird sich empfehlen, daß der Kassenführer jeweils am 1. des Monats über seinen Monatskassensturz ein genaues Protokoll über die Endsumme der Einnahme und Ausgabe sowie des Kassensollbestands und des wirklichen Kassenbestands (einen sog. monatlichen Kassenbericht) dem Vorsitzenden des Vorstands zur Einsichtnahme vorlegt, damit dieser dadurch genau auf dem laufenden ist, ob die Kasse nach den Büchereinträgen stimmt oder nicht stimmt. Der Vorstand kann aber die ernste Verantwortung nur tragen, wenn bei der Prüfung mindestens ein wirklicher Sachverständiger mitwirkt, d. h. eine Person, die nicht nur die gesetzlichen Vorschriften der RVO., sondern auch das verwickelte Kassen- und Rechnungswesen einer modernen Krankenkasse und die dafür erlassenen Sonderbestimmungen aus der Praxis kennt. Diese genaue Sachkunde wird den Vorstandsmitgliedern naturgemäß meistens fehlen. Umsomehr sollten sie dafür besorgt sein, daß jährlich mindestens einmal eine Kassenprüfung unter Leitung eines geeigneten Sachverständigen stattfindet.

Meist begnügt sich der Prüfungsausschuß wohl damit, festzustellen, ob der Barbestand vorhanden ist, der nach den Büchern vorhanden sein soll; allenfalls macht man auch noch einige Stichproben in bezug auf die Kassenbucheinträge. Dies Verfahren dürfte vielleicht bei den regelmäßigen monatlichen oder vierteljährlichen Kassenstürzen genügen; bei den halbjährlichen oder jährlichen Rechnungs- und Kassenführungsprüfungen ist es unzureichend. Im folgenden soll gezeigt werden, wie etwa eine einigermaßen ordnungsgemäße Kassenprüfung angefaßt und durchgeführt werden sollte.

1. Die Prüfung ist eine unvermutete, d. h. der Vorsitzende des Prüfungsausschusses hat dafür zu sorgen, daß die Beamten der Kasse, insbesondere der Kassen- und Rechnungsführer, von dem Vorhaben einer Kassenprüfung keine Kenntnis erhalten. Die Zusammenberufung der Kommissionsmitglieder hat daher nicht durch das Kassenbureau, sondern durch ihn persönlich zu geschehen.

2. Nach Ankunft auf dem Kassenbureau ist dem Geschäftsführer und, wenn ein besonderer Kassenführer da ist, auch diesem der Zweck des Erscheinens zu eröffnen. Der Kassenführer ist alsdann zu befragen: a) ob außerhalb der Amtskasse Gelder verwahrt sind und bejahendenfalls wo; b) ob in der

Amtskasse keine anderen als Kassengelder sich befinden; c) ob der Rechner Quittungen für Zahlungen besitzt, welche noch nicht geleistet worden sind; d) ob alle tatsächlich vollzogenen Einnahmen und Ausgaben in den Geschäftsbüchern eingetragen sind?

3. Hierauf wird der Kassenführer aufgefordert, seine Barschaft vorzulegen. Der Kassenbestand wird einzeln nach Geldsorten notiert. Das etwaige Guthaben beim Postscheckamt wird als Barbestand behandelt, ebenso ein etwaiger aus Kassenmitteln angekaufter eiserner Invalidenmarkenbestand und der vorhandene Briefmarkenwert. Verwaltet der Rechner mehrere öffentliche Kassen, so ist der Bestand jeder einzelnen Kasse für sich zu zählen. Die Zurücklegung in den Kassenschrank darf erst erfolgen, wenn die Zählung aller dieser Kassen beendigt ist. Geldrollen, Geldpakete usw. sind zu öffnen und nachzuzählen.

4. Alsdann ist festzustellen, ob der vorgefundene Barbestand mit dem Kassensollbestand übereinstimmt. Dies ist manchmal für den Laien nicht leicht. Gerade hier muß mit großer Vorsicht zu Werke gegangen werden, weil die Aufdeckung von Unregelmäßigkeiten meist hiervon abhängt. Sind alle Einnahmen und Ausgaben bereits eingetragen, so bedarf es nur des Abschlusses des Einnahme- und Ausgabebuches. Sind dagegen noch nicht alle eingenommenen oder verausgabten Beträge verbucht, so ist dies zunächst nachzuholen. Werden Hilfsbücher geführt, wie z. B. Zahlungsliste für Barunterstützungen, so ist ein Uebertrag der sich bis dahin ergebenden Summe erforderlich. Wird ein Nebenkassenbuch geführt, z. B. über Beträge, die aus irgend einem Grunde noch nicht in das Einnahme- oder Ausgabebuch zum Eintrag gelangen können, so darf dieses nicht unberücksichtigt bleiben. Bei dieser Abhandlung wird sodann davon ausgegangen, daß über die Beiträge eine sogenannte Tageskasse geführt wird, deren Sturz eine Sache für sich ist. Beim Sturz der Hauptkasse wird man sich darauf beschränken können, nachzuprüfen, ob Abschlagszahlungen der laufenden Beitragsperiode im sogenannten Nebenkassenbuch in Einnahme gestellt sind.

5. Hat man so die wirkliche Endsumme der Einnahmen und Ausgaben auf das zuverlässigste ermittelt, so wird eine Gegenüberstellung der Einnahme mit der Ausgabe gemacht, wodurch sich der Kassensollbestand ergibt. Wird ein erheblicher Unterschied gegenüber dem Kassenbestand festgestellt, so ist der Rechner über die Ursache zu befragen und, falls kein genügender Aufschluß gegeben werden kann, das nach Lage der Sache erforderliche einzuleiten. Falls seit längerer Zeit die Kasse nicht mehr durch einen Sachverständigen nachgeprüft wurde, dürfte in diesem Falle die Zuziehung eines solchen auf schnellstem Wege das beste sein.

6. Ist so zunächst nur untersucht worden, ob die Kasse rein äußerlich mit den Büchereinträgen stimmt, so folgt nunmehr die Untersuchung der Richtigkeit der einzelnen Kassenvorgänge. Dabei beginnt man wohl am besten mit der Prüfung des Einnahme- und Ausgabebuches. Zunächst wird man das Einnahme- und Ausgabebuch nachaddieren insbesondere auch die Seitenüberträge auf ihre Richtigkeit hin genau prüfen. Ebenso verfährt man mit etwaigen Hilfsbüchern. Bei diesen wird man noch darauf sehen müssen, daß die Monatssummen richtig übertragen wurden. Sehr wichtig ist auch, festzustellen, ob die Mehreinnahme oder die Mehrausgabe des letzten Jahres in das laufende Kassenbuch richtig übertragen ist. Die Belege sind mit dem Einnahme- und Ausgabebuch zu vergleichen. Im Einnahmebuch ist genau zu prüfen, ob die Schlußsummen der Beitragsregister mit den Summen im Einnahmebuch übereinstimmen. Bei den Ausgaben ist hauptsächlich darauf zu sehen, ob alle Ausgaben ordnungsgemäß bescheinigt sind. Bei Uebersendung durch die Post muß anstelle der Quittung ein Postschein und bei Zahlungen durch Postscheck ein Lastschriftzettel vorhanden sein. Daß alle Einnahmen und Ausgaben durch den Vorsitzenden oder Vorstand (je nach der Satzung) angewiesen sein müssen, ist selbstverständlich; auch das

ist zu prüfen, ob die Kasse die Ausgaben nach Gesetz und Satzung machen durfte. Inwieweit bei großen Verwaltungen eine nur stichprobeweise Vergleichung der Belege genügt, muß dem Ermessen des Prüfungsausschusses überlassen werden. Hat die Kasse Postscheck- und Bankverkehr, so ist eine genaue Vergleichung der Scheckhefte und des Verzeichnisses über Abhebungsbescheinigungen dringend erforderlich. Sind z. B. größere Rückstände vorhanden, die nach Ansicht der Prüfungskommission schon eingegangen sein könnten und sollten, so wird es sich sehr empfehlen, bei den Zahlungspflichtigen Erkundigung einzuziehen. Bei etwaigen Falschbuchungen ist der Sache auf den Grund zu gehen.

7. Im weiteren ist festzustellen, ob die Vorschriften über die Rechnungsführung nach der Bundesratsverordnung vom 9. Oktober 1913 (Arb.Vers. 1913 S. 750) beachtet, insbesondere die daselbst vorgeschriebenen Bücher pünktlich und ordnungsgemäß geführt sind. Man beginnt hier wohl am besten mit dem Meldewesen, dem Mitgliedsverzeichnis (Mitgliederkartothek) und den Hebelisten (Beitragsregister). Hauptsächlich ist darauf zu sehen, ob die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung, sowie der Klassenzuteilung eingehalten, ferner ob die Meldungen nach einem brauchbaren System abgelegt (registriert) sind, damit man im Bedarfsfalle jede Meldung ohne Schwierigkeit auffinden kann. Durch umfangreiche Stichproben wird man sodann die Richtigkeit des Mitgliedsverzeichnisses (oder der Mitgliederkartothek) nachprüfen. Der Prüfung der Hebe- und Beitragsregister ist eine ganz besondere Aufmerksamkeit zu schenken, weil bei der Erhebung der Beiträge viel eher Unregelmäßigkeiten möglich sind als bei den Ausgaben. Man sollte hier schon dadurch vorbeugen, daß man die Führung der Heberegister nicht dem Kassenführer überläßt. Eine scharfe Kontrolle ist hier sehr am Platze. Gut wird man tun, außer Vergleichung der Einträge mit den Meldungen, verschiedene Arbeitgeberkonten vollständig nachzurechnen und besonders die Zahlungsliste zu den Heberegistern genau zu vergleichen. Ueber rückständige Beiträge lasse man sich die Mahnlisten zeigen oder man ziehe bei den Zahlungspflichtigen Erkundigung ein. Ueber angeblich zahlungsunfähige Arbeitgeber lasse man sich die Pfändungsberichte vorlegen. Schließlich sehe man darauf, daß die Beiträge nach dem in der Satzung festgesetzten Termine zur Erhebung gelangen.

Bestehen sogenannte Zahl- und Meldestellen, so prüfe man, ob der Abrechnungsverkehr zwischen der Hauptverwaltung und diesen sich bestimmungs- und ordnungsgemäß vollzieht. Bei größeren Kassen mit sogen. Tageskassen dürfte dasselbe zutreffen. Man prüfe ferner, ob die Ueberwachung dieser Stellen seitens des Geschäftsleiters eine genügende ist.

8. Bei der Prüfung der Barleistungen ist darauf zu sehen, ob die Kasse auch wirklich alle satzungsmäßigen Leistungen und nur diese gewährt. Bei dieser Gelegenheit sieht man sodann nach, ob ein Krankenbuch geführt wird und ob es den gesetzlichen Mindestforderungen entspricht. Wird das Krankenbuch besonders oder mit der Mitgliedskarte verbunden in Kartenform geführt, überzeuge man sich, ob die Krankheitsfälle auf der Karte richtig eingetragen sind. Eine gut geführte Krankenkarte muß noch nach vielen Jahren eine richtige Krankheitsgeschichte über jedes Mitglied wiedergeben. Ebenso überzeuge man sich davon, ob die Krankenüberwachungsabteilung mit genügender Dienstweisung ausgestattet ist und ob seitens des Geschäftsleiters den täglichen Kontrollberichten die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt wird. Sehr wichtig ist sodann auch sich darum zu kümmern, ob die Prüfung der Arzt-, Apotheker-, Zahntechniker-, Krankenhaus- usw. Rechnungen, sowohl in formeller als in materieller Hinsicht jeweils erfolgt. Ferner, ob alle Ersatzleistungen der Krankenkasse rechtzeitig und in voller Höhe geltend gemacht werden. Auf Grund der Protokolle über die Vorstand- und Ausschußsitzungen ist festzustellen, ob die gefaßten Beschlüsse auch tat-

sächlich beachtet und zur Ausführung gebracht sind; ferner ob die Beiträge zu den gesetzlichen Versicherungen richtig entrichtet werden und ob die Beamten die in der Dienstordnung festgesetzten Bezüge tatsächlich erhalten; endlich ob die bei den letzten Revisionen gerügten Mängel tatsächlich abgestellt sind. Besonderer Wert ist auf die Führung der vorgeschriebenen Vermögensnachweisung und des Verzeichnisses der Gebrauchsgegenstände (Inventar) zu legen.. Zu empfehlen ist hier, daß über den Vermögensbestand ein fortlaufendes Kapitalurkundenverzeichnis geführt wird, und zwar möglichst nicht durch die Stelle, welche die Kapitalurkunden verwahrt. Bei Gegenständen, welche des Eintrags in das Inventar bedürfen, ist zu empfehlen, daß auf der Rechnung über diesen Gegenstand die Seite des Inventars angegeben wird. Mindestens jährlich einmal dürfte eine Prüfung sämtlicher Kapitalurkunden zu erfolgen haben. Hat der Rechner die Zins- und Erneuerungsscheine in Verwahrung, so ist zu untersuchen, ob auch alle abgetrennten Zinsscheine in Einnahme eingetragen sind. Schließlich ist noch darauf zu sehen, daß über alle Kassenvorgänge eine geordnete Registratur nach besonderem Registraturplan geführt wird und daß die vorgeschriebene Mitgliederbewegung (Mitgliederstatistik) jeweils pünktlich nach dem Stand vom ersten des Monats gemacht wird.

9. Ist die Krankenkasse zugleich Einzugsstelle der Invalidenversicherung, so ist auch deren Geschäftsführung eingehend zu prüfen. Der Umstand, daß auch die Landesversicherungsanstalt die Einzugsstelle prüfen läßt, ändert hieran nichts. Das Reichsversicherungsamt führt in der Entsch. 808 (Amtl. Nachr. 1900 S. 615) aus, daß für den Schaden, der der Landesversicherungsanstalt bei einer Einzugsstelle durch Verschulden der Einziehungsbeamten entsteht, die Krankenkasse als solche haftet. Vor allem ist zu prüfen, ob für alles eingegangene Geld tatsächlich Invalidenmarken angekauft worden sind, was durch Vergleichung mit den Markenankaufsbögen möglich ist. Die Geldbestände der Krankenkasse und der Invalidenkasse müssen getrennt gehalten werden. Streng ist darauf zu sehen, ob keine Quittungskarten fehlen und ob die Invalidenmarken jeweils nach dem Einzuge pünktlich in die Karten eingeklebt werden. Die Behandlung der sog. zurückgelassenen Karten und der ordnungsgemäße Kartenumtausch ist zu überwachen. Schließlich ist festzustellen, ob der Wert des sog. eisernen Markenbestandes nach Abzug der Vorklebung vorhanden ist.

10. Ueber jede Kassenprüfung ist eine Niederschrift aufzunehmen, denn nur so kann später nachgeprüft werden, ob und in welcher Weise die Revision der Kasse durch den Vorstand stattgefunden hat. Hinsichtlich jeder von dem Rechner geführten öffentlichen Kasse ist eine besondere Niederschrift zu fertigen. Geeignete Vordrucke sind durch die Firma Kinzigtäler-Nachrichten in Haslach i. K. erhältlich.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Die während des Krieges zurückgehaltenen feindlichen Ausländer sind nicht versichert.

Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 5. Oktober 1916 (Ia 769/16 8 B.)

Der Kläger hat den Betriebsunfall am 8. Febr. 1915, also nach Ausbruch des Krieges zwischen Deutschland und Rußland, erlitten. Zur Zeit dieses Unfalls waren für die Behandlung von Angehörigen feindlicher Staaten die Bestimmungen in der Allgemeinen Verfügung des Preußischen Kriegsministeriums in Berlin vom 9. November 1914 (Nr. 841/1014 U 1) maßgebend. Nach ihnen sind die seit Kriegsausbruch in Deutschland befindlichen, im wehrpflichtigen Alter stehenden Zivilpersonen, die sich körperlich für eine, wenn auch nur beschränkte militärische Verwendung eignen — und zu diesen gehört der im Jahre 1876 geborene Kläger —, an ihren Aufenthaltsorten festzuhalten und von der Heimreise ausgeschlossen. Des weiteren ist allen über 15 Jahre alten auf freiem Fuße befindlichen Angehörigen feindlicher Staaten die Verpflichtung bis zu täglich zweimaliger Meldung bei der Polizei aufzuerlegen. Ein Wechsel des Aufenthaltsortes ist nur ausnahmsweise und nur mit Genehmigung des zuständigen stellvertretenden Generalkommandos gestattet. Ist der Aufenthaltswechsel gestattet, so liegt dem Ausländer die Pflicht ob, den neuen Aufenthaltsort vor der Abreise der Ortspolizeibehörde anzuzeigen, die einen auf den Namen lautenden Erlaubnisschein ausstellt. Die Reise ist ohne Unterbrechung und auf kürzestem Wege auszuführen und nach Ankunft im neuen Wohnort hat sofort Meldung bei der Ortspolizeibehörde stattzufinden. Die Polizeibehörden haben auch darüber zu wachen, ob der Aufenthaltswechsel tatsächlich zur Ausführung gelangt ist. Durch diese Anordnungen ist die persönliche Freiheit der russisch-polnischen Arbeiter, und zwar auch der gewerblichen Arbeiter, die sich bereits bei Kriegsausbruch in Deutschland befanden, derart eingeschränkt, daß sie versicherungsrechtlich als unfrei anzusehen sind. Als unfreie Arbeiter unterliegen sie aber nicht der Versicherungspflicht, denn auf allen Gebieten reichsgesetzlicher Versicherung ist Voraussetzung der Versicherungspflicht, daß sich die Arbeiter bei der Uebernahme und Ausführung der Arbeit im Besitze der persönlichen Freiheit befinden und keinem obrigkeitlichen Zwang unterliegen. Diesen vom Reichsversicherungsamt in seinem Bescheide 2012 vom 18. Januar 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 460) aufgestellten Grundsatz hat bereits der Beschlußsenat der Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung mehrfach angewendet, und zwar in der Entsch. 2183 hinsichtlich der Krankenversicherungspflicht und in der Entsch. 2189 hinsichtlich der Invalidenversicherungspflicht der russisch-polnischen landwirtschaftlichen Arbeiter (Amtl. Nachr. 1916 S. 433 bezw. 443) und in der Entsch. 2242 (Amtl. Nachr. 1916 S. 599) hinsichtlich dieser Versicherungspflichten auch bei den russisch-polnischen gewerblichen Arbeitern.

Der Rekurssenat hat im Anschluß an diese eingehend und zutreffend begründeten Entscheidungen auch auf dem Gebiete der gewerblichen Unfallversicherung die Versicherungspflicht der seit Ausbruch des Krieges in Deutschland festgehaltenen russisch-polnischen Arbeiter verneint und hat deshalb den Entschädigungsanspruch des Klägers aus seinem nach Ausbruch des Krieges erlittenen Betriebsunfall als unbegründet erachtet. In der Entscheidung des Oberversicherungsamts ist für das Bestehen der Versicherungspflicht auch angeführt, daß der Kläger sich an seinem Aufenthaltsorte frei bewegen und über seinen Arbeitslohn verfügen dürfe, daß für ihn die Versicherungsbeiträge gezahlt worden seien und daß ihm gegenüber die Ortspolizeibehörde von einer wiederholten Meldung abgesehen habe; diese Umstände sind jedoch im Verhältnis zu der grundsätzlichen Beschränkung der persönlichen Freiheit von untergeordneter Bedeutung und deshalb nicht beachtlich; die polizeilichen Vergünstigungen konnten auch jederzeit von der zuständigen Behörde widerrufen werden.

Zur Versicherungspflicht der Küster.

Beschluß des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung vom 3. Mai 1916 (P. 14/16).

Das Oberschiedsgericht hat die Vorentscheidung aufgehoben und festgestellt, daß B. in seinem Anstellungsverhältnis bei der katholischen Kirchengemeinde in L. nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig sei, vielmehr zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Personen gehöre. — Gründe:

Durch den Beschluß des Bundesrats vom 20. Februar 1913 (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1913 S. 192) ist eine Befreiung des B. von der Versicherungspflicht schon deshalb nicht eingetragen, weil ein Nachweis der Gewährleistung der in § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bezeichneten Anwartschaften fehlt. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ist zu-

treffend davon ausgegangen, daß die Entscheidung hierüber von dem preußischen Minister der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten zu treffen ist. Aus der Tatsache, daß in § 14 Nr. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte der § 9 ebenda ohne Beschränkung angezogen wird, ist zu folgern, daß § 9 seinem ganzen Umfang nach zur Anwendung kommen soll, also auch hinsichtlich der Zuständigkeitsbestimmung in Abs. 3. Für § 11 des Versicherungsgesetzes für Angestellte hat das Oberschiedsgericht dies bei völlig gleicher Sachlage bereits ausgesprochen und diese Auslegung als die auch der Absicht des Gesetzgebers entsprechende nachgewiesen (zu vgl. Beschl. vom 19. Januar 1916, „Angest.-Vers." 1916 S. 70 Nr. 96). Die gleiche Auslegung muß daher auch bei § 14 a. a. O. Platz greifen. Da vorliegendenfalls der Kirchenvorstand eine Entscheidung des genannten Ministers nicht beigebracht hat, so ist eine Befreiung des V. von der Versicherungspflicht auf Grund des erwähnten Bundesratsbeschlusses jedenfalls nicht eingetreten. Es ist daher zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Versicherungspflicht überhaupt vorliegen. Das ist zu verneinen.

Unzweifelhaft besteht die Tätigkeit des V. ihrem Umfang nach überwiegend in Verrichtungen niederer Art, wie die Reinigung der Kirche und ihrer Geräte, das Läuten usw. Mit dem Rechnungswesen und der Buchführung der Gemeinde sowie der Verpachtung der Gemeindeländereien hat er nichts zu tun; die gelegentliche Entgegennahme der Anmeldungen von Taufen und Beerdigungen kann nicht entscheidend ins Gewicht fallen. Dies hat auch der Rentenausschuß nicht verkannt. Er vertritt aber den Standpunkt, daß die Mitwirkung des V. beim Gottesdienst sowie seine Tätigkeit als Leiter des Kirchenchors und vorübergehend als Organist, seine übrigen Verrichtungen, wenn auch nicht dem Umfang, so doch der Bedeutung nach, überragten und dadurch seiner Stellung das kennzeichnende Gepräge gäben. Dieser Auffassung kann nicht beigepflichtet werden. Die Mitwirkung des V. bei der gottesdienstlichen Handlung beschränkt sich in der Hauptsache darauf, daß er dem Priester zu respondieren, d. h. einige lateinische Sätze zu sprechen hat, eine Tätigkeit, die keinerlei besondere Fähigkeit oder Vorbildung erfordert und die auch nicht an sein Amt geknüpft ist, bei der er vielmehr von einem anderen Gemeindemitglied oder einem Meßknaben vertreten werden kann und darf. Die Tätigkeit als Organist ist dagegen allerdings als eine höhere anzusehen, zumal V. die Befähigung zu ihr durch den längeren Besuch einer Lehranstalt erworben und durch eine Prüfung nachgewiesen hat. Indessen übt er sie nicht in seiner Eigenschaft als Küster, sondern auf Grund besonderen Auftrags und nur aushilfsweise aus. Die Organistenstelle ist auch vor seiner Anstellung als Küster stets von einem Lehrer versehen worden, ist auch jetzt nicht mit dem Küsteramt verbunden worden, sondern soll später, offenbar sobald der Lehrer F. auch aus seinem Lehramt geschieden sein und einen Nachfolger erhalten haben wird, wieder mit einem Lehrer besetzt werden. Es ist also nicht angängig, wie es der Rentenausschuß tut, die Tätigkeit als Küster und die als Organist als eine Einheit zu betrachten, vielmehr handelt es sich hier um zwei selbständige Beschäftigungen, wenn sie auch für denselben Arbeitgeber verrichtet werden. Die an sich nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtige Organistentätigkeit tritt aber gegenüber der Versehung des nur nach der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtigen Küsteramtes erheblich zurück. Sie ist daher nicht Vs. Hauptberuf und somit ist er nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte auch mit Rücksicht auf diese Dienstleistung nicht versicherungspflichtig. Das gleiche gilt von der Mitwirkung bei Einübung der Chorgesänge, die gleichfalls nicht zu seinen Obliegenheiten als Küster gehört, für die er eine besondere Vergütung bezieht und die ihn nur wöchentlich etwa eine Stunde in Anspruch nimmt. Im Hinblick auf diese Tätigkeit kann er auch nicht etwa, wie das Schiedsgericht zutreffend hervorhebt, als Lehrer im Sinne des § 1 Nr. 5 des Versicherungsgesetzes für Angestellte angesehen werden, da die Uebungsstunden nicht stattfinden, um die Mitwirkenden im Gesang weiterzubilden, sondern lediglich um den Kirchengesang vorzubereiten, ein Lehrzweck also fehlt. Uebrigens hat sich auch das Reichsversicherungsamt bereits in dem Bescheide 3 vom 29. Dezember 1890 (Amtl. Nachr. d. RVA. 1891 S. 53) dahin ausgesprochen, daß die Küster im allgemeinen, da sie vorwiegend niedere Arbeiten ausführten, als Gehilfen anzusehen seien. Eine Ausnahme ist insbesondere für die sog. hohen Küster oder Oberküster von Kathedralkirchen anerkannt worden, bei denen die Beteiligung an niederen Arbeiten hinter der Beteiligung an der Leitung des Gottesdienstes und der Aufsichtsführung über andere Beschäftigte zurücktritt (zu vgl. Rev.Entsch. 153 Amtl. Nachr. 1892 S. 84 und die unter Nr. 853 vereinigten Entscheidungen, daselbst 1900 S. 833).

Anmerkung: Zu vgl. auch unsere Auskunft im Jahrg. 1915 S. 718.

Versicherungspflicht des Korrektors einer Druckerei als Angestellten oder Gehilfen?

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 28. März 1916 (P. 4/16).

Das Oberschiedsgericht hat, unter Aufhebung der Vorentscheidung, die Versicherungspflicht des Korrektors E. nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte verneint und festgestellt, daß E. zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehört. Gründe:

E. wird weder durch die Gestaltung seines Beschäftigungsverhältnisses, noch durch das von ihm bezogene Entgelt, noch endlich durch die Art seiner Tätigkeit über den Kreis der Arbeiter und Gehilfen wesentlich hinausgehoben. Er ist auf achttägige Kündigung angenommen, bezieht einen Wochenlohn, dessen Höhe über den Verdienst eines gelernten Arbeiters nicht hinausgeht, und ist dem Faktor unterstellt, der ihm seine Arbeit zuweist, während ihm selbst keine Anordnungsbefugnisse gegenüber andern im Betriebe der Druckerei beschäftigten Personen zustehen. Die ihm obliegende Vergleichung der Manuskripte mit den ersten Abzügen des Satzes, die Nachprüfung der Interpunktion sowie die Beseitigung etwaiger orthographischer oder grammatischer Unrichtigkeiten, wie sie infolge undeutlicher Schrift des Verfassers oder Flüchtigkeit des Abschreibers vorkommen, erfordert zwar viel Aufmerksamkeit, setzt dagegen keine bedeutenderen geistigen Fähigkeiten und kein größeres Maß von Kenntnissen voraus, als es die Volksschule vermittelt und als nach dem Gutachten des Tarifamts der deutschen Buchdrucker auch diejenigen Buchdruckereigehilfen besitzen müssen, welche als Setzer tätig sind. Uebrigens müssen auch die letzteren im Hinblick auf die schwere Lesbarkeit vieler Manuskripte imstande sein, in das Verständnis der von ihnen zu setzenden Ausarbeitungen einigermaßen einzudringen; an die Denktätigkeit und das Wissen stellt also die Tätigkeit eines Korrektors keine wesentlich größeren Anforderungen, als die eines Setzers. Tatsächlich wird auch die Korrektortätigkeit, wie aus dem obenerwähnten Gutachten des Tarifamts hervorgeht, fast ausschließlich von Personen ausgeübt, die entweder früher Setzer waren oder gleichzeitig sowohl mit Setzen wie mit Korrekturlesen beschäftigt werden, während es eine besondere Ausbildung für die Stellung eines Korrektors nicht gibt. Wenn der angefochtene Beschluß des Rentenausschusses annimmt, daß E. zum Korrekturlesen eine genaue Kenntnis der Stilistik benötige, so kann dem nicht beigetreten werden, da E. ebensowenig, wie die ganz überwiegende Mehrzahl aller Korrektoren zur Vornahme von Aenderungen des Wortlauts befugt ist, wie in der Auskunft des Arbeitgebers vom 20. März 1914 betont wird. Allerdings unterscheidet sich die Stellung des E. von der der Mehrzahl seiner Berufsgenossen dadurch, daß er nicht in den Räumen der Druckerei, sondern in seiner Wohnung arbeitet. Diese Abweichung von der Regel findet jedoch eine ausreichende Erklärung in dem Umstand, daß er mit einem der Firmeninhaber verwandt und ihm deshalb diese Vergünstigung gewährt worden ist. Ob die Tätigkeit des E. versicherungsrechtlich anders zu beurteilen wäre, wenn er in größerem Umfang fremdsprachliche Korrekturen zu lesen hätte, kann dahin gestellt bleiben, da ihm eine solche Aufgabe nur ganz selten, etwa alle Vierteljahr einmal, obliegt, diese ausnahmsweise Verwendung daher ohne Einfluß auf die Frage seiner Versicherungspflicht ist. E. ist somit in Uebereinstimmung mit dem Schiedsgericht und dem Vorstand der zuständigen Landesversicherungsanstalt nicht als Angestellter, sondern als Gehilfe anzusehen und daher nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Dieser Auffassung steht die Entstehungsgeschichte dieses Gesetzes nicht entgegen. Allerdings hat bei der Beratung im Plenum des Reichstags ein Regierungsvertreter erklärt, daß die einfachen Korrektoren, die in einem kleinen Druckereibetrieb tätig seien, nicht als Angestellte anzusehen sein würden, wohl aber z. B. ein akademisch gebildeter Mann, der fremdsprachige Korrekturen lese (Sten. Ber. 8185). Hierdurch sollte jedoch nicht etwa ausgesprochen werden, daß alle Korrektoren in größeren Druckereien versicherungspflichtig wären; vielmehr kann es nach dem Zusammenhang dieser Aeußerungen mit den übrigen Ausführungen des Regierungsvertreters keinem Zweifel unterliegen, daß lediglich darauf hingewiesen werden sollte, daß auch beim Vorliegen gleichartiger Bezeichnungen und Beschäftigungen die Versicherungspflicht nach der besonderen Gestaltung der einzelnen Fälle verschieden beurteilt werden könne. Zu diesem Zwecke hat der Regierungsvertreter in Anknüpfung an eine von einem Abgeordneten vorher gemachte Unterscheidung zwei Fälle angeführt, in denen die Versicherungspflicht bezw. Versicherungsfreiheit eines Korrektors besonders klar zutage lag, ohne damit der Entscheidung in anders liegenden Fällen vorzugreifen. Hiernach rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

B. Zur Krankenversicherung.

Bloße Möglichkeit einer Erkrankung rechtfertigt nicht die Zurückweisung eines Beitrittsberechtigten.

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Kiel vom 17. Oktober 1916.

Der Händler Sch. ist im Juni 1914 und jetzt wieder im Juni 1916 als freiwilliges Mitglied der Ortskrankenkasse Kiel wegen ungenügenden Gesundheitszeugnisses abgelehnt worden. Er hatte 1914 ein Zeugnis von Dr. C. beigebracht, wonach er an einem Augenleiden von der Geburt her fast blind sei, eine Verschlimmerung oder eine Erkrankung infolge des Augenleidens aber nie eintreten werde. Im Juni d. Js. hat er ein Zeugnis von Sanitätsrat Dr. B. dahin beigebracht, er sei auf dem rechten Auge ganz blind, auf dem linken könne er so viel sehen, daß er allein auf der Straße gehen und seinen Handel betreiben könne. Die Ortskrankenkasse hat ihn 1914 sowohl wie jetzt gemäß § 8 Nr. 3 der Satzung (§ 310 Abs. 3 RVO.) durch ihren Vertrauensarzt untersuchen lassen. Dieser hat sich damals dahin geäußert, die fast an Blindheit grenzende Herabsetzung des Sehvermögens sei kein Grund zur Abweisung, wohl aber sei wegen der an dem einen Auge bestehenden Gefahr einer neuen Entzündung die Aufnahme nicht angängig. Im Juni d. Js. ging sein Gutachten dahin, erst nach gelungener Operation, die dem Beschwerdeführer in der Königlichen Augenklinik zur Hebung der Sehkraft und zur Minderung der drohenden Gefahr anderer Erkrankungen am Auge empfohlen worden sei, könne ihm der Beitritt gestattet werden.

Das von Sch. angerufene Versicherungsamt hat ein Gutachten der Königlichen Augenklinik in Kiel eingefordert. Dieses geht dahin: es handele sich nach dem Befund um eine alte, längst abgelaufene doppelseitige Hornhautentzündung. Daß durch sie später irgendwelche Folgeerkrankungen ausgelöst würden, sei zwar wenig wahrscheinlich, immerhin könne die Möglichkeit des Eintretens eines grünen Stares auf dem einzigen noch sehfähigen Auge nicht sicher ausgeschlossen werden. — Hierauf hat das Versicherungsamt den Beschwerdeführer für beitrittsberechtigt erklärt aus folgenden Gründen:

Es handelt sich um einen Streit um das Versicherungsverhältnis im Sinne des § 405 Abs. 2 RVO. In der Sache handelt es sich um die Anwendung von § 176 Abs. 3 und § 310 Abs. 3 RVO. Es kann zunächst zweifelhaft sein, ob, wenn die Kasse jemand wegen ungenügenden Gesundheitszeugnisses zurückweist, diese Entscheidung in der Sache selbst, d. h. in der Frage, ob das Zeugnis genügt oder nicht, überhaupt der Nachprüfung unterliegt, oder ob das, wie hier, ersichtlich pflichtmäßig ausgeübte Ermessen des Vorstandes maßgebend bleibt. Mangels besonderer Vorschrift oder erkennbarem Ausdruck im Gesetz ist aber anzunehmen, daß die Stellungnahme der Kasse auch in dieser Frage der Nachprüfung auf objektive Richtigkeit unterliegt.

Dabei ist — übrigens wohl in Uebereinstimmung mit der Ortskrankenkasse — davon auszugehen, daß eine bloße Schwäche, eine krankhafte Anlage oder ein pathologischer Zustand die Zurückweisung nicht rechtfertigt, daß vielmehr dazu eine Krankheit (im medizin. Sinne) vorliegen muß, welche die Gefahr einer Ausbeutung der Kasse nahe legt (Hahn, Handb. § 310 RVO., Anm. 3b). Eine solche Krankheit liegt nach allen ärztlichen Aeußerungen nicht vor, vielmehr eine weitgehende Erblindung als Folge einer früheren Krankheit, einer längst abgelaufenen doppelseitigen Hornhautentzündung, wie das Gutachten der Klinik feststellt. Der Vertrauensarzt der Kasse nimmt nun allerdings eine drohende Gefahr weiterer Erkrankung der Augen an; als Erläuterung zu dem vom Beschwerdeführer gemäß § 176 Abs. 3 RVO. beigebrachten Gesundheitszeugnis würde das an sich geeignet sein, dieses als ungenügend erscheinen zu lassen. Das Gutachten der Klinik ergibt jedoch, daß es sich nicht um eine drohende Gefahr, sondern nur um eine wenig wahrscheinliche Möglichkeit handelt, die allerdings nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Das Versicherungsamt trägt keine Bedenken, diesem von einem bekannten Augenspezialisten erstatteten Gutachten zu folgen. Eine solche entfernte Möglichkeit einer Erkrankung rechtfertigt aber die Zurückweisung nicht; bei solchen Anforderungen würde fast jeder freiwillige Beitritt abgelehnt werden können. Da im übrigen die Voraussetzungen des § 176 Nr. 3 RVO. unstreitig gegeben sind, war dem Antrag des Beschwerdeführers gemäß sein Beitritt zuzulassen.

Erwerbsunfähigkeit während eines von der Militärbehörde angeordneten Heilverfahrens.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 18. September 1916 (II a K. 154/16).

Ein Tischler Sch. wurde im Herbst 1914 wegen Dienstunbrauchbarkeit aus dem Heeresdienst entlassen. Er nahm seine frühere Beschäftigung wieder auf und verrichtete diese, so gut es ging. Da er in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich beeinträchtigt war, beantragte er eine Militärrente. Die Militärbehörde ordnete aber eine Kur im Solbad B. an, der sich der Kranke auch im April und Mai 1915 unterzog. Für diese Zeit verlangte der Kranke von der Allgem. Ortskrankenkasse das Krankengeld, wurde aber abgewiesen. Das angerufene Versicherungsamt verurteilte die Kasse zur Zahlung des Krankengeldes. Hiergegen legte die Kasse Berufung ein. Sie machte insbesondere geltend, daß es an einem Nachweis, daß der Behandelte infolge Krankheit zur Ausübung seines Berufes vollständig unfähig war, fehle. Er habe nach seiner Entlassung sofort wieder seinen Beruf ausgeübt, obgleich nach dem Entlassungszeugnis eine wesentliche Aenderung

in dem Befinden Sch.'s nicht eingetreten sei und eine weitere Kur keinen Erfolg verspreche. Das Oberversicherungsamt Merseburg wies die Berufung zurück und verurteilte die Kasse ebenfalls zur Zahlung des Krankengeldes. Der Behandelte habe seine Beschäftigung wegen des angeordneten Heilverfahrens aufgeben müssen. Es könne nicht zweifelhaft sein, daß der Kläger sowohl bei der Aufnahme in das Lazarett als krank und arbeitsunfähig im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen war, als auch daß dieser Zustand während des ganzen Aufenthaltes im Lazarett fortbestanden hat. In der hiergegen eingelegten Revision brachte die Kasse vor, daß die Leistungspflicht der Kassen in den hier berührten Fällen zu höchst unerfreulichen Zuständen führen würde. In den Fällen nämlich, in denen die Militärverwaltung ein solches Heilverfahren ablehne, aber die Landesversicherungsanstalt dazu bereit sei, würde das Kassenmitglied das Krankengeld von der Kasse nicht erhalten, da es von der Versicherungsanstalt beansprucht wird. In den Fällen jedoch wie den vorliegenden werde von der Militärverwaltung dem Mitgliede die Kriegsfamilienunterstützung gewährt. Wenn nun außerdem noch das Krankengeld gewährt werden müßte, so würde eine vom Gesetz nicht beabsichtigte Doppelleistung vorliegen. Die Mittel der Krankenkassen würden in großem Maße für Zwecke aufgewendet werden, für die sie nicht bestimmt sind. Das Reichsversicherungsamt hob das Urteil auf. Gründe:

Die Annahme des Oberversicherungsamts, daß der Kläger sowohl am 12. April 1915 bei seiner Aufnahme in das Lazarett als krank und arbeitsunfähig im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen sei, als auch daß dieser Zustand während des ganzen Aufenthaltes im Lazarett, also bis zum 15. Juli 1915, fortbestanden habe, entbehrt einer ausreichenden Begründung. Das Oberversicherungsamt sagt lediglich, daß dieses nicht zweifelhaft sein könne. Dem ist aber nicht beizutreten. Es ist davon auszugehen, daß Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 182 Nr. 2 RVO. als vorliegend zu erachten ist, wenn der Erkrankte seine Berufsarbeit nicht mehr zu verrichten oder doch nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Krankheit fortzusetzen vermag (zu vgl. Rev.-Entsch. 1877, Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 631, 1987 a. a. O. 1915 S. 425). Der Kläger hat bis zum 8. April 1915 gearbeitet und nach der Feststellung des Oberversicherungsamts an diesem Tage infolge seiner von militärischer Seite ausgegangenen Beorderung zu einer ärztlichen Untersuchung seine entgeltliche Beschäftigung aufgegeben. Daß er zu dieser Zeit bereits arbeitsunfähig war, läßt sich hieraus nicht entnehmen. Am 12. April 1915 ist seine Aufnahme in das Lazarett erfolgt. Daraus ergibt sich ebenfalls nicht ohne weiteres seine Arbeitsunfähigkeit. Zu ihrer Feststellung hätte es der Prüfung bedurft, ob die Krankheit des Klägers zu diesem Zeitpunkte in einem solchen Maße bestand, daß sie ein Heilverfahren erforderte und die Lazarettbehandlung notwendig machte. Es wäre dann weiter zu prüfen gewesen, ob dieser Krankheitszustand während der ganzen Dauer der Lazarettbehandlung in einer Weise fortbestanden hat, die die Arbeitsunfähigkeit des Klägers begründete.

In der Unterlassung einer ausreichenden Prüfung dieser Fragen, die für die Feststellung des klägerischen Anspruchs auf Krankengeld erforderlich war, ist ein Verstoß gegen den klaren Akteninhalt zu erblicken, der nach § 1697 Nr. 1 RVO. zur Aufhebung der angefochtenen Entscheidung führen mußte. Da der Sachverhalt noch einer weiteren Aufklärung bedarf, so war die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen.

Nachschrift des Einsenders: Die durch das Urteil aufgeworfene Frage ist von großer praktischer Bedeutung für die Krankenkassen. Die Heeresverwaltung hat die Absicht, die Heilverfahren auch bei schon entlassenen Kriegsteilnehmern, namentlich Lungen- und Geschlechtskranken, in größerem Umfange zur Anwendung zu bringen. Gleichwohl darf die Angelegenheit nicht vom Gesichtswinkel der finanziellen Wirkung auf die Krankenkassen beurteilt werden. Maßgebend muß in erster Linie die seitherige einschlägige Rechtsprechung sein. Nach dieser erscheint die Entscheidung verfehlt. Die Dinge liegen doch genau so, wie wenn ein Heilverfahren von der Invalidenversicherung eingeleitet wird. Bei einem solchen ist die ausnahmslose Uebung die, daß die Krankenkasse für die Zeit der Unterbringung des Kranken in eine Heilanstalt das Krankengeld an die Landesversicherungsanstalt überzahlt, ganz ohne den besonderen Nachweis, daß Arbeitsunfähigkeit im strengen Sinne des Gesetzes wirklich vorliegt. Es sei nur an folgende Entscheidungen erinnert. Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung besteht auch, wenn dem Mitgliede, für das von der Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eröffnet werden soll, ärztlich gestattet wird, das Heilverfahren erst zu einem späteren Zeitpunkt anzutreten, bis dahin aber die Lohnbeschäftigung fortzusetzen (Mecklenburg. Ministerium des Innern vom 20. April 1909, Arb.Vers. 1909 S. 452). Die Leistung von Arbeit vor dem Beginne des Heilverfahrens schließt die Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung und den Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt nicht aus (Pr.OVG. vom 12. Febr. 1909, Arb.Vers. 1909 S. 548). Erwerbsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn die vom Kassenarzte verordnete Heilbehandlung dem Kranken die Ausübung der Erwerbstätigkeit unmöglich gemacht hat (Sächs. OVG., Arb.Vers. 1906 S. 353). In einem Urteil des Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 19. Sept. 1908 (Reger, Entsch. 29 S. 409) heißt es: „Ob der Gesundheitszustand der Versicherten unter allen Umständen Erwerbsunfähigkeit bedingt haben würde, kann unerörtert bleiben. Jedenfalls war bei ihr die Ausübung irgend welcher Erwerbstätigkeit während ihres Kuraufenthaltes in Bad Elster ausgeschlossen. Das dort eingeleitete Heilverfahren forderte Einstellung jeder Arbeit. Deshalb stand dem hiernach Erwerbsunfähigen während dessen Dauer gegen die beklagte Kasse ein Anspruch auf Krankengeld zu, ohne daß darauf etwas ankommt, in welchem

Grade dieselbe vor Beginn der Kur etwa erwerbsfähig war. Das Rechtsmittel der Kasse muß daher als unbegründet verworfen werden."

Nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1915 S. 425, Arb.Vers. 1915 S. 518) ist der Begriff der Erwerbsunfähigkeit nach § 182 Nr. 2 RVO. genau derselbe wie nach § 6 KVG. Es ist hierin keine Aenderung eingetreten. Es müßte deshalb auch dieselbe Praxis beibehalten werden. Ob das Heilverfahren von der Landesversicherungsanstalt oder der Militärbehörde eingeleitet wird, muß doch schließlich für die Auslegung des Begriffes der Erwerbsunfähigkeit gleich sein. Der Kriegsverletzte, dem im letztgedachten Falle das Krankengeld zufließt, kann dasselbe mindestens ebenso nötig gebrauchen wie die Landesversicherungsanstalt. Der Militärbehörde, die zwar die Familien der Behandelten selbst unterstützt, kann die hier besprochene Auszahlung des Krankengeldes an den Kriegskranken nur erwünscht sein.

Kein Anspruch auf Sterbegeld, wenn der Tod nach Lösung des Beschäftigungsverhältnisses noch an demselben Tage eintritt.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 14. August 1916.

Eine Kontoristin, die Pflichtmitglied der Allg. Ortskrankenkasse war, nahm sich, als sie ein Schreiben der Firma empfangen hatte, wodurch ihr die Stellung ohne Einhaltung einer Frist gekündigt wurde, noch an demselben Tage das Leben. Der Anspruch ihrer Mutter auf Sterbegeld wurde abgewiesen. Das Reichsversicherungsamt hat diese Entscheidung gebilligt aus folgenden Gründen:

Die Voraussetzungen des § 214 RVO. liegen unstreitig nicht vor; auf diese Gesetzesvorschrift kann also der Anspruch nicht gegründet werden. Deshalb hat die Klägerin einen Anspruch auf Sterbegeld nur, wenn ihre Tochter zur Zeit des Todes Mitglied der Kasse war. Die Mitgliedschaft der Tochter der Klägerin ist nun aber, wie die Vorinstanzen übereinstimmend zutreffend darlegen, bereits vor ihrem Tode erloschen gewesen. Ihr Arbeitgeber hatte ihr das Dienstverhältnis aus einem wichtigen Grunde ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist aufgekündigt. Die Kündigung ist ihrer rechtlichen Natur nach eine einseitige, sogenannte empfangsbedürftige Willenserklärung; durch sie wird der Rücktritt von einem Vertrage erklärt. Einer besonderen Annahme des anderen Vertragsteils bedarf die Kündigung nicht. Sie wird vielmehr rechtswirksam in dem Augenblick, in dem sie dem anderen Teil zugeht (sogenannte Empfangstheorie; Staudinger, Kommentar zum BGB. 5. und 6. Aufl. Bd. II S. 679). Im vorliegenden Falle war das Dienstverhältnis daher zu dem Zeitpunkt beendet, zu dem der Kündigungsbrief der Tochter der Klägerin am 22. Jan. 1915 zugegangen war. Als sie sich an diesem Tage nach Empfang des Schreibens das Leben nahm, war sie somit nicht mehr in einem versicherungspflichtigen Dienstverhältnis.

Eine andere — von den Vorinstanzen nicht erörterte — Frage ist nun aber die, ob nicht etwa die Tochter der Klägerin, obwohl ihr Dienstverhältnis mitten im Laufe des 22. Januar 1915 beendet worden war, nicht doch noch bis zum Ablauf dieses Tages Mitglied der Kasse geblieben war. Diese Frage ist zu verneinen. Sie ist, worauf bereits die Kasse hingewiesen hat, schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes vom Sächsischen Oberverwaltungsgericht und vom Badischen Verwaltungsgerichtshof (Arb.-Vers. 1909 S. 451; Reger, Entsch. 16 S. 375) behandelt worden. Beide Gerichte kommen zu dem Ergebnis, daß in Fällen, in denen das Beschäftigungsverhältnis, das die Krankenversicherungspflicht einer Person begründet hat, mitten im Laufe eines Tages endet, im allgemeinen die Versicherung in demselben Augenblick erlischt wie das Beschäftigungsverhältnis und nicht bis zum Schlusse des betreffenden Tages fortdauert.

Dieser Rechtsansicht ist der Senat beigetreten. Das Gesetz macht die Zwangsversicherung grundsätzlich vom Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses abhängig. Deshalb muß das Erlöschen der Zwangsversicherung mit dem Aufhören dieses Verhältnisses zeitlich zusammenfallen. Die Versicherungsbeiträge werden freilich auf volle Tage entrichtet, müssen also auch für den ganzen letzten Tag bezahlt werden. Dies erklärt sich aber nur aus Zweckmäßigkeitsgründen, die das Kassen- und Rechnungswesen angehen; die Frage, ob die Versicherung über die Beschäftigung hinaus dauern soll, wird von solchen Erwägungen nicht berührt. Würde die Mitgliedschaft stets volle Tage dauern, so würde ein Arbeiter, der mitten an einem Tage die Beschäftigung wechselt, an ein- und demselben Tage, an dem er in zwei, verschiedenen Krankenkassen zugehörigen Betrieben tätig ist, für diesen Tag Mitglied zweier Kassen sein, was offenbar das Gesetz nicht gewollt hat; ebenso auch Hahn, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl. S. 208. Bei der hier vertretenen Rechtsauffassung kann allerdings der Fall eintreten, daß für einen Versicherten an dem Tage, an dem er den Dienst gewechselt und sich hintereinander im Dienste mehrerer Arbeitgeber befunden hat, zu jeder der beteiligten Kassen die vollen Beiträge zu entrichten sind. Diese an sich unerwünschte Folgen von Doppelzahlungen sind aber auch sonst nach der Reichsversicherungsordnung nicht selten. So kann es mit Rücksicht auf die Vorschrift des § 397 Abs. 4 RVO., wonach die Satzung bestimmen kann, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben werden, vorkommen, daß bei Wechsel der Kassenmitgliedschaft die Beiträge sogar für eine volle Woche oder doch einen

erheblichen Bruchteil dieser Woche doppelt bezahlt werden müssen.

Nach alledem erweist sich der Standpunkt der Vorinstanzen als begründet. Die Tochter der Klägerin war zur Zeit ihres Todes nicht mehr Kassenmitglied. Daraus folgt, daß auch die Klägerin kein Sterbegeld verlangen kann.

Kann der Versicherte gegen die nach § 219 RVO. ersuchte Kasse klagen?

Entsch. des Oberversicherungsamts Schleswig vom 15. September 1916.

In der Vorentscheidung ist zutreffend ausgeführt, daß in Anwendung des § 219 RVO. die Krankenkasse des Wohnorts bei Gewährung der Leistungen nur im Auftrage und als Vertreterin der Kasse handelt, zu welcher das erkrankte Mitglied gehört und es entstehen diesem nicht etwa gegen die Kasse des Wohnorts unmittelbare Rechtsansprüche. Die ersuchte Kasse (vorliegend die Allgemeine Ortskrankenkasse in St.) übt nur alle Obliegenheiten der ersuchenden Kasse (vorstehend der Allgemeinen Ortskrankenkasse in H.) aus, während der Versicherte durch die Ueberweisung seinen Anspruch gegen die ersuchende Kasse, der er angehört, nicht verliert (zu vgl. Hoffmann, Kommentar, S. 251 Anm. 7 zu § 219, Hahn Handb. der Krankenvers. 8. u. 9. Aufl. S. 361 Anm. 5 zu § 219 RVO.). Erwächst zwischen dem Versicherten und der ersuchten Kasse Streit über die zu gewährenden Leistungen, so kann die ersuchte Kasse der ersuchenden den Streit verkünden, nicht aber konnte Frau N. unmittelbar gegen die beauftragte Kasse klagen. Ist der Anspruch der Berufungsklägerin schon aus diesem formellen Grunde hinfällig, so konnte sich auch in materieller Hinsicht das Oberversicherungsamt nur der Vorinstanz anschließen. Denn die Berufungsbeklagte (die Kasse in St.) hat als Kasse des Wohnorts die erneute Ueberweisung der Berufungsklägerin an sie in Gemäßheit des § 219 RVO. am 1. Oktober 1915 mit Recht abgelehnt, da sie mitten in einer Zeit geschah, wo sich die Berufungsklägerin (Frau N.) noch in Krankenfürsorge bei ihrer eigenen, der Allgemeinen Ortskrankenkasse in H. befand.

Aus diesen Gründen war der Berufung der Erfolg zu versagen.

Anmerkung: Im ersten Punkte sind die Ausführungen der Entscheidung nicht unbedenklich und sie können namentlich auch nicht auf die angeführten Stellen gestützt werden, an denen vielmehr, entsprechend der herrschenden Meinung, das Recht des Versicherten, den Anspruch gegen die ersuchte Kasse im Spruchverfahren nach § 1636 RVO. geltend zu machen, vertreten wird — wenn auch Hoffmann hiergegen gewisse Bedenken erhebt.

Kraftwagenführer eines Staatsbeamten als Dienstbote.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 27. Mai 1916 (2237 Amtl. Nachr. 1916 S. 593).

Wie der Senat in der Entsch. 1920 (Amtl. Nachr. 1914 S. 770) ausgeführt hat, bestimmt sich der Begriff des Dienstboten im Sinne der Reichsversicherungsordnung nach dem Landesrechte (zu vgl. auch Entsch. 1943, 2056, 2135 und 2165, Amtl. Nachr. 1914 S. 829, 1915 S. 594 und 815, 1916 S. 379). Da G. in Berlin wohnt, ist die Preußische Gesindeordnung vom 8. November 1810 anzuwenden. Danach sind Dienstboten Personen, die niedere häusliche oder wirtschaftliche Dienste zu verrichten haben und mit dem Arbeitgeber in häuslicher Gemeinschaft leben (zu vgl. die bezeichneten Entscheidungen). Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt. Zu den häuslichen Diensten im Sinne des Gesinderechts gehören auch solche, die, wie die vorliegenden, unmittelbar der Person des Arbeitgebers geleistet werden, ohne zugleich einem Betrieb oder anderen Erwerbsgeschäfte des Arbeitgebers zu gute zu kommen (zu vgl. § 439 RVO.). Denn die Tätigkeit eines Gesandten und überhaupt jedes Staatsbeamten stellt sich weder als ein Betrieb noch als ein anderes Erwerbsgeschäft im Sinne des § 439 dar, weil unter Betrieb in diesem Sinne nur ein gewerblicher oder landwirtschaftlicher Betrieb und unter einem „anderen Erwerbgeschäft" eine selbständige, als Einnahmequelle dienende Tätigkeit als Unternehmer oder nach Art eines Unternehmers, wie beispielsweise als Arzt, Rechtsanwalt oder Notar, zu verstehen ist (zu vgl. die bezeichneten Entsch. 2056 und 2165 sowie Hahn, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl., Anm. 2a zu § 439). G. hat ferner Dienste niederer Art zu verrichten. Der Umstand, daß er als Kraftwagenführer eine besondere Ausbildung genossen hat, schließt die Eigenschaft als Dienstbote nicht aus. Eine solche Ausbildung genießen, wie das Oberversicherungsamt mit Recht hervorhebt, vielfach auch Personen, die zweifellos Dienstboten sind, wie herrschaftliche Köchinnen, Diener usw. Auch sind die für einen Kraftwagenführer erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten im allgemeinen nicht derart, daß sie ihn über den Kreis der Dienstboten hinausheben. Ueberdies hat G. auch noch sonstige häusliche Arbeiten niederer Art zu leisten. So muß er bei Empfängen, Festlichkeiten usw. als Diener tätig sein, namentlich bei Tisch bedienen, und auch bei anderen häuslichen Arbeiten wie Teppichklopfen usw. helfen. Auch das Erfordernis der häuslichen Gemeinschaft mit dem Arbeitgeber ist erfüllt. Wie der Senat in der erwähnten Entsch. 1920 ausgeführt hat, ist dieses Erfordernis nicht streng auszulegen. Es ist daher für die Anerkennung der

Gesindeeigenschaft nicht notwendig, daß sich der Wohnraum des zur Dienstleistung Verpflichteten in der Wohnung der Herrschaft befindet. Vielmehr liegt eine häusliche Gemeinschaft regelmäßig auch dann vor, wenn die dem Dienstboten zur Verfügung gestellte Wohnung in demselben Hause wie die der Herrschaft belegen ist. Daß der Dienstbote von der Herrschaft beköstigt wird, ist für den Begriff der häuslichen Gemeinschaft ebenfalls nicht wesentlich (zu vgl. Jacobi, Die Preußische Gesindeordnung Anm. 9 zu § 1; Lindenberg, Das Preußische Gesinderecht, 8. Aufl., Einleitung S. 6 und Anm. 2e zu § 1; Gerhard, Die geltenden Preußischen Gesindeordnungen B. D. 1 Anm. 5b zu § 1). G. gehört hiernach zu den Dienstboten im Sinne der Reichsversicherungsordnung. Die sonstigen Voraussetzungen für seine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht (§§ 435, 418) sind gleichfalls erfüllt, insbesondere unterliegt die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers keinen Bedenken. Dem Befreiungsantrage war daher unter Aufhebung der Entscheidung des Versicherungsamts stattzugeben.

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Anspruch auf Lohnzahlung bei längerer Verhinderung.

Entscheidung des **Gewerbegerichts Nürnberg** vom 15. Mai 1916.

Der zur Dienstleistung Verpflichtete wird des Anspruchs auf die Vergütung nicht dadurch verlustig, daß er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird (§ 616 BGB.). Der Wortlaut dieser Bestimmung könnte zu dem Schlusse führen, daß der genannte Anspruch nur dann besteht, wenn die Verhinderung sich nur auf eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit erstreckt, daß dagegen bei einer längeren Verhinderung dem Dienstpflichtigen keinerlei Anspruch auf Vergütung zusteht, auch nicht auf die Dauer einer verhältnismäßig nicht erheblichen Zeit. Das Gericht ist aber der Anschauung, daß dieser Schluß dem Willen des Gesetzes widersprechen würde. Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb ein nur für kurze Zeit Erkrankter den Lohn für die ganze Dauer seiner Erkrankung, ein für längere Zeit erkrankter Arbeiter aber überhaupt keine Vergütung erhalten solle. Offensichtlich wollte das Gesetz den Dienstpflichtigen, auf die der Sondertatbestand des § 133c Abs. 2 Gew.Ordg. und des § 63 Hand.-G.B. keine Anwendung findet, die Vorteile dieser Bestimmungen wenigstens zum Teil gewähren. Der erkrankte Dienstpflichtige hat Anspruch auf Vergütung für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit, gleichviel, ob er kürzere oder längere Zeit an der Dienstleistung verhindert ist.

Ueber den Begriff der „verhältnismäßig nicht erheblichen Zeit" macht das Bürgerliche Gesetzbuch keine näheren Angaben. Von Ausnahmefällen abgesehen, ist bei Verträgen auf unbestimmte Zeit die Kündigungsfrist als diese Zeitspanne anzusehen. Mangels einer Vereinbarung über die für den Fall der Auflösung des Arbeitsverhältnisses einzuhaltende Kündigungsfrist konnte das zwischen den Streitteilen bestehende Arbeitsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 14 Tagen gelöst werden (§ 122 RGO.). Als verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit im Sinne des § 616 BGB. gilt deshalb für den vorliegenden Fall die Dauer von 14 Tagen. (Gewerbe- und Kaufmannsgericht.)

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Nervenleiden und Unfall.

Urteil des **Reichsgerichts** (3. Zivilsen.) vom 7. Juli 1916 (III 177/16.)

Das angefochtene Urteil beruht auf einer Verkennung des Begriffs des ursächlichen Zusammenhangs. Nach dem von dem Berufungsrichter als richtig unterstellten Gutachten des Kreisarztes Dr. H. hat sich die jetzt vorliegende Nervenkrankheit des Klägers „im Anschluß an den Unfall entwickelt" und der Kläger hat durch Antrag auf nochmalige Vernehmung des Sachverständigen unter Beweis gestellt, daß dieser damit den Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Nervenleiden habe bejahen wollen; der Sachverständige spricht übrigens auch in seinem Gutachten schon von „nervösen Unfallsfolgen". Hat sich aber dieses Leiden infolge des Unfalls entwickelt, so liegt der ursächliche Zusammenhang im Rechtssinne vor, denn daß sich bei einem Unfalle, wie ihn der Kläger erlitten hat, einer Quetschung des Brustkorbes nebst Einknickung von Rippen infolge Einklemmens zwischen einem Eisenbahnwagen und einer Rampe, nach dem gewöhnlichen Laufe der Dinge nervöse Vorstellungen von heftigen Schmerzen und dauernder Dienstunfähigkeit bilden können, liegt auf der Hand. Durch diese Schwere des Unfalls, der den Kläger in Lebensgefahr gebracht hat, unterscheidet sich der vorliegende Fall wesentlich von demjenigen, welcher dem von dem Berufungsgericht angezogenen Urt. des 6. ZS. vom 4. Dez. 1913 (VI 370/13, abgedruckt in WarnRspr. 1914, 77 Nr. 51) zugrunde liegt; bei diesem handelte es sich um einen geringfügigen und harmlosen Unfall und die Nerven-

erkrankung der Verletzten knüpfte nach den damaligen Feststellnngen nur an das Erleben des Unfalls als solches an, nicht aber an eine durch den Unfall bewirkte Gesundheitsstörung, die vielmehr bereits ohne Folgen abgelaufen war, als der Krankheitsprozeß einsetzte. In dem vorliegenden Falle hat sich dagegen die Idee einer dauernden Gesundheitsstörung bei dem Kläger keineswegs, wie es nach der Fassung des Berufungsurteils erscheinen könnte, erst nach dem Ablauf eines Jahres seit dem Unfalle, sondern unmittelbar nach diesem gebildet; der Kläger hat von vornherein seine Dienstunfähigkeit behauptet, wie aus dem Inhalte des von dem Berufungsrichter in Bezug genommenen Beschlusses der Eisenbahndirektion vom 24. November 1913 und der darin angeführten Gutachten erhellt. Daß, wie das Berufungsgericht im Anschluß an diesen Beschluß hervorhebt, die geringen Unfallsfolgen zum mindesten ein Jahr nach dem Unfalle längst verheilt und vollkommen beseitigt waren, steht der Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfall und dem Nervenleiden des Klägers nicht entgegen, denn dieser aus dem erwähnten Beschluß entnommene Satz bezieht sich, wie das Wort „verheilt" und der anschließende Satz des Beschlusses ergibt, nur auf die äußeren Verletzungen, die Quetschung des Brustkorbs und die Einknickung der Rippen; daß nervöse Erscheinungen vorgelegen hätten, wird in dem folgenden Satze des Beschlusses verneint.

Warneyers Jahrbuch.

Sprechsaal.

Dürfen die Krankenkassen den Militärbehörden über frühere Erkrankungen von Kriegsteilnehmern Auskunft geben?

Zahlreich sind die Anfragen, welche die Militärbehörden an Krankenkassen richten, um bei der Feststellung der Dienstbeschädigungsfrage zu prüfen, inwieweit die Schäden, welche den zur Entlassung kommenden Heerespflichtigen anhaften, auf frühere Krankheiten zurückzuführen sind. Von einer Anzahl Kassenverwaltungen wird die Ansicht vertreten, daß die Beantwortung dieser Anfragen, eine unbefugte Offenbarung von Betriebsgeheimnissen sei und demzufolge als Verletzung des Amtsgeheimnisses strafrechtlich geahndet werden könne. Auch die Militärbehörden scheinen in letzter Zeit sich dieser Ansicht anzuschließen, denn fast in allen Fällen ist jetzt den Anfragen eine Ermächtigungserklärung des früheren Mitgliedes zur Auskunftserteilung angefügt. Zweifellos ist, daß die Beantwortung der Anfragen unter Umständen den Militärbehörden Material in die Hände gibt, wodurch dieselben Kenntnis über Krankheitsveranlagung oder Gebrechen des Militärpflichtigen erhalten, welche bei der Musterung nicht beachtet wurden. Anderseits dürften aber auch durch gewissenhafte Beantwortung über Art und Dauer der Krankheit und eventuellen Heilungsprozeß oder Abschluß der Krankheit dem Dienstbeschädigten wertvolle Dienste geleistet werden können.

In Nr. 13 der „Ortskrankenkasse" vom 1. Juli d. J. bestreitet Gräf-Frankfurt a. M. den Militärbehörden das Recht auf das Verlangen der Auskunftserteilung. Einen wesentlich anderen Standpunkt nimmt der Vorsitzende des Versicherungsamts Hamburg, Regierungsrat Dr. Sonderhoff ein. In einem Rundschreiben an die Kassenvorstände über Erteilung von Auskünften an Militärbehörden über Krankheiten von Kassenmitgliedern schreibt er:

„Vielfach ersuchen jetzt die Militärbehörden in Militärversorgungsangelegenheiten die Krankenkassen um Auskunft über frühere Krankheiten von Kassenmitgliedern. Manche Vorstände und Angestellten der Kasse haben — wie mir mitgeteilt ist — im Hinblick auf § 141 RVO. Bedenken getragen, diesen Ersuchen ohne eine ausdrücklich erklärte Zustimmung der Kassenmitglieder zu entsprechen. Diese Bedenken sind jedoch nicht begründet. Die Offenbarung oder Mitteilung von Krankheiten Versicherter ist nach dem Gesetz nur dann verboten und strafbar, wenn sie „unbefugt" geschieht. Der Ausdruck „unbefugt" ist als Rechtsbegriff des Strafrechts dem § 300 StrGB. entnommen. Die Rechtsanschauung des Strafrechts ist daher auch maßgebend für die Auslegung und Anwendung dieses Begriffs in der Reichsversicherungsordnung, wie auch in den Kommissionsverhandlungen bei Beratung des § 141 RVO. anerkannt ist. Als „unbefugt" kann danach die Mitteilung von Krankheiten nicht angesehen werden, wenn eine höhere sittliche Pflicht es gebietet, das Privatinteresse des Versicherten an der Geheimhaltung seiner Krankheiten vor dem überwiegenden Interesse anderer zurückzustellen. Als ein solches überwiegendes Interesse ist im allgemeinen das des Staates anzusehen. Dient also die Mitteilung lediglich einem wichtigen öffentlichen Interesse, so kann die Mitteilung dann nicht als unbefugt erachtet werden, wenn sie an eine öffentliche Behörde ergeht, deren Beamte ebenfalls zur Geheimhaltung der ihnen dienstlich zur Kenntnis gebrachten Krankheiten gegenüber Dritten verpflichtet sind. Diese soziale Rechtsanschauung, welche das Privatinteresse des einzelnen dem Wohl des Ganzen unterordnet, ist auch in der Begründung zum § 268 des Entwurfs eines neuen Strafgesetzbuches mit folgenden Worten klar ausgesprochen: „Auch dann, wenn das Schweigen im allgemeinen Staatsinteresse gebrochen wird, kann von einem unbefugten Handeln nicht die Rede sein". Bei Beratung des Entwurfs hat die Kommission sogar einen Zusatz zu diesem Paragraphen beschlossen, nach dem die Handlung straflos ist, wenn die Offenbarung zur Wahrung berechtigter privater oder öffentlicher Interessen erforderlich war, vorausgesetzt, daß die sich gegenüberstehenden Interessen pflichtmäßig berücksichtigt worden sind. Daß das staatliche Interesse aber die Mitteilung der bekannt gewordenen Krankheiten an die Militärversorgungsbehörden notwendig erfordert und das Interesse des Versicherten

an der Geheimhaltung seiner Krankheiten diesen Behörden gegenüber nicht schutzwürdig ist, dürfte nicht zweifelhaft sein. Denn wenn der Versicherte den militärischen Stellen, die in seiner Militärversorgungssache tätig sind, früher erlittene Krankheiten verschweigt, so will er nur die Prüfung eines Zusammenhanges dieser Leiden mit seiner im Militärdienst hervorgetretenen Krankheit verhindern, um seinen Versorgungsanspruch nicht zu gefährden. Ein solches sittlich ohnehin zu verwerfendes Verhalten widerstreitet naturgemäß dem dringenden öffentlichen Interesse an der völligen Klarstellung aller einen Versorgungsanspruch bedingenden oder ausschließenden Faktoren zur Durchführung der Militärversorgungsgesetze. Dieses überwiegende öffentliche Interesse rechtfertigt es daher unbedingt, daß die Organe der öffentlichen Krankenkassen den Ansuchen der Militärversorgungsbehörden um Mitteilung der früheren Krankheiten ihrer Kassenmitglieder auch ohne deren Einwilligung entsprechen." . . .

Wir teilen durchaus die wohlbegründete Ansicht, die in diesem Rundschreiben zum Ausdruck kommt, und wollen nur darauf aufmerksam machen, daß hierin nur die Frage verneint wird, ob eine Kasse sich einer Verletzung der Schweigepflicht schuldig macht, wenn sie der Militärbehörde Mitteilung über frühere Erkrankungen Versicherter macht. Daraus kann selbstverständlich nicht abgeleitet werden, daß die Kasse zu solchen Mitteilungen auch *verpflichtet* sei. Der § 115 RVO. handelt von der Pflicht der Behörden, den *im Vollzuge der Reichsversicherungsordnung* ergehenden Ersuchen zu entsprechen, und nur „*diese*" Rechtshilfe, also eine durch den Vollzug der RVO. gebotene Rechtshilfe haben nach § 116 auch die Organe der Versicherungsträger den Behörden zu leisten. Das trifft bei den in Frage stehenden Ersuchen der Militärbehörden selbstverständlich nicht zu. Indessen sollten die Kassen, bei einsichtiger Würdigung der vom Vorsitzenden des Versicherungsamts Hamburg hervorgehobenen Gesichtspunkte, es sich selbst zur Pflicht machen, jenen Ersuchen zu entsprechen, falls nicht im einzelnen Falle besonders schwerwiegende Bedenken entgegenstehen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Geschäftsbericht des Kaiserlichen Aufsichtsamts für Privatversicherung für das Jahr 1915.

Wie aus dem Geschäftsbericht hervorgeht, stand im Jahre 1915 die Tätigkeit des Aufsichtsamts für Privatversicherung unter den Einwirkungen des Krieges; wie ja auch das ganze Versicherungsgeschäft davon beeinflußt wurde. Zunächst sei bemerkt, daß die Zahl der beaufsichtigten Unternehmungen insgesamt 1914 gegenüber 1943 im Vorjahre betrug, es trat also ein Rückgang von 29 Unternehmungen ein. Der Zugang stellte sich auf 16, der Abgang dagegen auf 45 Unternehmungen. Unter den ausgeschiedenen befinden sich vorwiegend frühere eingeschriebene Hilfskassen, deren Zahl von 256 auf 242 gefallen ist. Im Bestande der im Reichsgebiete tätigen ausländischen Versicherungsunternehmungen ist keine Veränderung zu verzeichnen, nur schließen die dem feindlichen Ausland angehörigen Gesellschaften im Inlande seit Ausbruch des Krieges neue Versicherungen nicht mehr ab. Eine Ausnahme besteht zu Gunsten einer belgischen Unternehmung.

Ueber den Einfluß des Krieges auf die deutschen Versicherungsunternehmungen entnehmen wir dem Bericht, daß in der *großen Lebensversicherung* der Versicherungsbestand um rund 338 Mill. Mark Versicherungssumme zurückgegangen, während im Jahre 1914 noch eine Zunahme von rund 152 Mill. Mark zu verzeichnen war. Ferner zeigt die *Volks- und Sterbegeldversicherung* der großen Gesellschaften gegen 1914 einen mehr als doppelten Abgang, nämlich rund 127 Mill. Mark gegen 56 Mill. Mark im Jahre 1914. In der *Unfall- und Haftpflichtversicherung* zeigt sich ein weiteres erhebliches Sinken der Prämieneinnahme, die hier als alleiniger Maßstab in Betracht kommt. Diese Minderung ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, daß zahlreiche Versicherungen, besonders Unfallversicherungen, infolge des Krieges außer Kraft gesetzt worden sind. Die Mindereinnahme gegen das Vorjahr beträgt im inländischen Geschäfte für die deutschen und die im Deutschen Reiche arbeitenden ausländischen Gesellschaften zusammen 27,2 Mill. Mark, und zwar in der Unfallversicherung 15,2 und in der Haftpflichtversicherung 12 Mill. Mark. In der *Viehversicherung* hat sich die Versicherungssumme um rund 15 Mill. Mark vermindert. Ursache dieses Rückganges ist wohl zum Teil die Einstellung großer Mengen von Pferden zum Heeresdienst und die Verminderung des sonstigen Viehbestandes. In der *Hagelversicherung* hat das Neugeschäft noch einen Reinzugang von 409 Mill. Mark Versicherungssumme ergeben. In der *Feuerversicherung* zeigte sich gegenüber Ende 1914 ein Anwachsen der Versicherungssummen um 5823 Mill. Mark im deutschen Geschäfte. Dagegen ist der Versicherungsbestand im ausländischen Geschäfte naturgemäß erheblich zurückgegangen, nämlich um rund 4664 Mill. Mark.

Der Bericht hebt besonders hervor, daß von einer ernsthaften, die Lage der Versicherten irgendwie berührenden Erschütterung durch den Krieg auf dem Gebiete des Versicherungswesens innerhalb der Zuständigkeit des Amtes nicht gesprochen werden könne. Dies gelte ganz besonders von der Sicherheit der Vermögensanlagen wie von der Zahlungsfähigkeit der deutschen Gesellschaften. Auch für eine längere Dauer des Krieges sei Anlaß zu Befürchtungen nicht geben. Wie im Frieden haben die deutschen Versicherungsunternehmungen aller Zweige auch während des Krieges die versicherten Schäden durch ihre vertragsmäßigen Leistungen ersetzen können. Darüber hinaus habe vor allem die Lebensversicherung in großem Umfange bei versicherten Kriegstodesfällen durch ihre Leistungen wenigstens einen Teil des Vermögensschadens ausgleichen können, der für die Hinterbliebenen durch den Kriegstod des Versicherten entstanden war. Unter anderem haben die zehn großen in Berlin ansässigen Lebensversicherungsgesellschaften im Jahre 1915 über 197 Mill. Mark Versicherungssummen ausgezahlt und über 44 Mill. Mark Policedarlehen bewährt. Bei ihnen

waren von Anfang des Krieges bis Ende Mai 1916 Ansprüche auf rund 60 232 000 ℳ Versicherungssumme für Kriegstodesfälle angemeldet.

Was die Lebensversicherungen bei englischen und französischen Gesellschaften anbetrifft, die in Deutschland Zweigniederlassungen haben, so waren die deutschen Vertreter der unter Reichsaufsicht stehenden Unternehmungen bemüht, die fälligen Ansprüche der deutschen Versicherten zu erfüllen. Die Auszahlungen, die von solchen Unternehmungen während des Krieges geleistet worden sind, belaufen sich ebenfalls auf recht beträchtliche Summen. — Weiter wird noch darauf hingewiesen, daß die englischen und französischen Sachversicherungsgesellschaften aus dem deutschen Geschäft so gut wie ausgeschlossen sind. Von den rund 10 Milliarden Versicherungssumme, die zu Beginn des Krieges bei ihnen in Deckung waren, laufen nach dem Stande am 1. April 1916 nur noch rund 655 Mill. Mark. — Zu der Frage der Rechtsbeständigkeit der zwischen deutschen Versicherungsnehmern und den inländischen Zweigniederlassungen englischer oder französischer Sachversicherungsgesellschaften geschlossenen Versicherungsverträge, für den Fall, daß der deutsche Versicherungsnehmer es bei dem Vorliegen eines Haftungs- und Ueberführungsvertrages ablehnt, zu der betreffenden deutschen Gesellschaft überzutreten, ist die Rechtsprechung der Amts-, Land- und Oberlandesgerichte bekanntlich keine einheitliche gewesen. Unterm 11. Juli 1916 hat nun aber das Reichsgericht die Revision gegen ein Kammergerichtsurteil vom 14. Januar 1916 zurückgewiesen, wonach den Versicherungsnehmern das Rücktrittsrecht von dem Versicherungsvertrage mit der englischen Sachversicherungsgesellschaft eingeräumt ist.

Das Aufsichtsamt hatte sich nun noch mit der Frage der Gewährung von Versicherungsschutz in der Todesfallversicherung an Kriegsteilnehmer und mit der Auslegung der Bedingungen über die Kriegsversicherung vielfach zu beschäftigen. Mehrere Gesellschaften haben während des Krieges die zu Beginn festgesetzten Kriegsprämiensätze erhöht. Eine Erhöhung kam namentlich für den gedienten und den ungedienten Landsturm in Betracht. Hier soll die Kriegsgefährdung zu Beginn des Krieges häufig zu niedrig eingeschätzt worden sein, da die Gesellschaften zumeist mit einer Verwendung des Landsturms außerhalb des Landes und unmittelbar gegen den Feind nicht rechneten. Auch im Berichtsjahr hat das Amt an dem Grundsatz festgehalten, daß der einmal erlangte Kriegsschutz dem Kriegsteilnehmer das beruhigende Bewußtsein geben muß, den vollen Versicherungsschutz während der Kriegsdauer ohne Rücksicht auf die mehr oder weniger gefährliche militärische Verwendung zu genießen. Der Kriegsteilnehmer hat den Befehlen und Anordnungen seiner Vorgesetzten unbedingt Folge zu leisten und es liegt zumeist außerhalb seines Willens, die erhöhte Gefahr zu vermeiden; aber auch die freiwillige Meldung zu einer mehr gefährdeten Tätigkeit darf im Interesse der Landesverteidigung durch das Außerkrafttreten des Versicherungsschutzes nicht irgendwie erschwert werden. Vorher Anzeige zu erstatten oder gar den Prämienunterschied zu entrichten, ist den Versicherten in vielen Fällen unmöglich. Selbstverständlich stehe es dem Versicherer frei, von vornherein die Versicherung von Angehörigen besonders gefährdeter Truppengattungen abzulehnen. Ist aber einmal der Versicherungsschutz zugesagt (z. B. einem Angehörigen der Etappentruppen), so darf der Schutz nicht dadurch hinfällig werden, daß der Versicherte hernach zu anders gearteten militärischen Diensten (z. B. als Flieger, im Seedienst u. a.) verwendet wird.

Mit der Frage, was als Teilnahme am Kriege anzusehen ist, hat sich das Amt ebenfalls häufig beschäftigen müssen, zumal die Ansichten darüber bei den Versicherungsgesellschaften weit auseinandergehen. Erwähnung finden dann im Bericht einige Gerichtsurteile über den Begriff „Kriegsteilnahme" in der Lebensversicherung. Unter anderem wird ein landgerichtliches Urteil erwähnt, wonach die Ausbildung als Ersatzrekrut noch nicht als Teilnahme an Kriegsereignissen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gesellschaft anzusehen sei. Ein Oberlandesgerichtsurteil verneinte die Frage der Teilnahme an Kriegsereignissen bei einem Versicherten, der bei dem Gericht einer Reserve-Division in Russisch-Polen tätig war und infolge Selbstmord starb. Das Kammergericht sieht den Aufenthalt im Schützengraben aus bloßer Neugier seitens einer mit einem privaten Liebesgabentransport auf dem Kriegsschauplatz befindlichen Person nicht als Teilnahme an Kriegsereignissen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gesellschaft an. — Bei der Unfall- und Haftpflichtversicherung fand die Frage, ob es sich um Unfälle durch „Kriegsereignisse" und Unfälle im „mobilen Militär- oder Seedienste" handelte, eine verschiedenartige Auslegung und erforderte mehrfach die Vermittelung des Aufsichtsamts.

Zum Schluß sei noch bemerkt, daß dem Amt im Berichtsjahre 1967 Beschwerden und Anfragen gegen 2155 im Vorjahre zugingen. Das Interesse der Versicherten wurde bei allen auftauchenden Streitfragen, soweit es natürlich immer mit den gesetzlichen Bestimmungen in Einklang zu bringen war, vollauf gewahrt.

Alkohol und Ernährung im Kriege.

Hierüber führt Obermedizinalrat Prof. Abel in Jena folgendes aus:

Ist die bequeme und billige Erreichbarkeit alkoholischer Getränke schon im Frieden eine ernste Gefahr für die Volksgesundheit, so wird sie es in den jetzigen Zeiten noch viel mehr. Denn einmal entzieht die Alkoholindustrie der Volksernährung wertvolle Nährstoffe (Getreide, Kartoffeln, Zucker, Obst). Sie beraubt diese Nährstoffe durch die Gährungsvorgänge eines großen Teiles ihres Nährwertes, erzeugt statt dessen einen giftigen Stoff, den Alkohol in ihnen, und liefert zwar als Tierfuttermittel brauchbare, aber gegenüber dem Ausgangsmaterial im Nährwert stark herabgesetzte Rückstände. Sodann ist die Versuchung, Alkohol zu genießen, für den schlecht Ernährten wesentlich vermehrt, weil die alkoholischen Getränke scheinbar sättigen, Wärmegefühl geben und Unlustempfindungen betäuben. Die unvermeidlichen schädlichen Wirkungen des Alkohols treffen aber den schlecht Ernährten der Kriegszeit noch viel stärker als den gut Ernährten der Friedenszeit. Daher ist die Erzeugung alkoholischer Getränke in der Kriegszeit sowohl volkswirtschaftlich ein Fehler wie hygienisch eine große Gefahr. Von verständigen Männern aus allen Kreisen, und

nicht etwa nur von Alkoholabstinenten, wird denn auch in der Tat die Frage der Alkoholerzeugung und des Alkoholgenusses heute als eine besonders ernste Angelegenheit betrachtet. Als Hauptforderungen sind dabei unter den Gesichtspunkten und Bedürfnissen, die die jetzigen Zeitverhältnisse zwingend nahelegen, die folgenden zu erheben:

Branntweinherstellung darf nur insoweit gestattet werden, als Bedarf für Heilmittel oder technische Zwecke nachweisbar ist (zum Beispiel für Beleuchtungszwecke). Der hierzu erforderliche Spiritus ist nur aus Kartoffeln zu erzeugen. Jedes Brennen von Korn ist zu verbieten. Wo jetzt auf eine Menge von Berufsständen keine Rücksicht genommen werden kann, darf auch das Brennereigewerbe sie nicht beanspruchen. Mag es seine Einrichtungen für nützliche Arbeiten, wie Obsttrocknung und dergleichen, zu verwenden suchen.

Bierherstellung ist nur insoweit zu gestatten, als die Heeresverwaltung glaubt, des Bieres nicht entraten zu können. Für die Zivilbevölkerung ist Bier ein Luxus. Jede Herstellung von Malz zur Bierbereitung, jede Streckung von Malz durch Zucker ist eine Verschwendung von unersetzlichen Nährwerten. Die Brauereien und Mälzereien können dagegen nützlich bei der Sicherung und Erhaltung der Obst- und Gemüseernte (Trocknen, Lagern und dgl.) mitwirken. Trotz zu erwartender heftiger Proteste wird tatsächlich keine Einschränkung in der Lebensweise so leicht zu ertragen sein wie der Verzicht auf das Bier. Will man nicht so weit gehen, so sollte jedenfalls die Abgabe von Bier nur auf die Brotkarte erfolgen. Wer es vorzieht, einen Teil der ihm zustehenden Menge von Getreidemehl in Form von „flüssigem Brot" zu verzehren, kann es dann tun; er schädigt damit dann nicht andere mehr, nur sich allein.

Das Berufsgeheimnis des Arztes und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Als ein Mittel im Kampfe gegen die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten wird vielfach eine ärztliche Anzeigepflicht unter Beseitigung der ihr entgegenstehenden Schweigepflicht vorgeschlagen. Aerztliche Kreise verwahren sich gegen eine solche Maßnahme. Sehr nachdrücklich geschieht dies in einem Aufsatz von Dr. Placzek, Berlin, in Nr. 22 der Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin (1916 S. 215). Wir teilen daraus das folgende mit, ohne die Bedenken des Verfassers in vollem Umfang als begründet zu teilen:

„. . . . Daß eine gesetzliche Anzeigepflicht, selbst wenn sie der ärztlichen Schweigepflicht entgegenstände, den Teufel mit Beelzebub austreiben würde, daß mit ihr die Geschlechtskrankheiten nicht verringert, sondern durch die Scheu vor öffentlicher Brandmarkung verschleppt und gefahrvoller würden, daß die Kranken sich den Kurpfuschern, den im Dunklen arbeitenden „medizinischen Privatgelehrten" jeden Genres zuwenden würden, kann mit Bestimmtheit vorausgesagt werden. Daß aber die Anzeigepflicht, wenn sie wirklich käme, doch wirkungslos bliebe, sollte eigentlich die Erfahrung mit dem unglückseligen, in Vergessenheit geratenen Regulativ von 1835 lehren. Denn dieses schrieb ja schon die Anzeigepflicht vor, und doch war der Erfolg ganz gering. Wenn die Anzeigepflicht heutzutage wieder erscheint, so schafft sie den gleichen unlösbaren Konflikt. „Der Patient offenbart sich dem Arzte auf Grund seines besonderen Vertrauens zu diesem, und der Arzt übernimmt als eine seiner ersten Berufsobliegenheiten die Verpflichtung, diesem Vertrauen durch strenge und gewissenhafte Geheimhaltung der anvertrauten Tatsachen zu entsprechen. Dieses Moment der Schweigepflicht ist so wesentlich und bedeutsam, daß seine unbefugte Verletzung von der Gesetzgebung auch unter kriminelle Strafen gestellt wurde." So heißt es im Urteil des ärztlichen Gerichtshofes vom 27. September 1907.

Und diese grundlegende Verschwiegenheitspflicht des Arztes soll plötzlich nichts gelten? Die Aerzte sollen die in ihre Behandlung kommenden Geschlechtskranken tatsächlich an eigens dazu geschaffenen Beratungsstellen melden? Ist es dann wohl verwunderlich, wenn die Aerzte sich energisch sträuben? Ist es dann wohl verwunderlich, wenn sie auf die Gefährdung der Schweigepflicht, auf ihre eigene Strafbarkeit bei solchem Verhalten und endlich auf die höchst zweifelhafte Zweckmäßigkeit des ganzen Verfahrens hinweisen? Kann aber der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten auch nur einigermaßen mit Aussicht auf Erfolg geführt werden, wenn die unumgängliche Mitwirkung der Aerzte versagt und versagen muß? Gewiß wünschen die Aerzte den energischen Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. Sie unterstützen seit Jahren das segensreiche Vorgehen der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Sie wünschen aber den Kampf nicht mit Mitteln geführt, die an der Grundlage der ärztlichen Vertrauensbeziehungen rütteln. Wie bedenklich dem Arzte die drohende Anzeigepflicht erscheint, lehrt das geschlossene Vorgehen der Kölner Fachärzte, die auf Grund eines einstimmigen Beschlusses des Allgemeinen ärztlichen Vereins öffentlich erklärten, daß sie „gerade im Interesse der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten es ablehnen müssen, die Namen eines Privatpatienten oder Kassenpatienten preiszugeben." Wenn gegenüber solchem Verhalten betont wird, daß die Aerzte mit solcher Preisgabe ihre Schweigepflicht nicht verletzen, sich nicht strafbar machen, da ihnen die Schweigepflicht wesentlich im öffentlichen Interesse aufgelegt sei, so trifft dieses Argument keineswegs zu. Die Schweigepflicht ist im Interesse des Ansehens des Aerztestandes ihm auferlegt, mit der Ausübung des Berufes untrennbar verknüpft. Ob ihre bewußte Verletzung, sofern diese nicht durch Gesetzesvorschrift erfolgt, straflos bleiben würde, selbst wenn das Handeln offenkundig im öffentlichen Interesse und zum Schutze anderer geschehen ist, ist mehr als zweifelhaft. Gewiß hat die Reichsgerichtsentscheidung vom Jahre 1905 ausdrücklich eine Befugnis zur Offenbarung vorbehalten, und zwar durch anderweite Berufspflichten. Wenn daher ein Arzt sich „zum Bruche seiner Schweigepflicht für befugt und in Verwirklichung dieser Befugnis eine Mitteilung für erforderlich erachtet, so hat ein dieser Annahme zugrunde liegender Irrtum nicht die Auslegung des Strafgesetzes, sondern den Inhalt und die Tragweite ärztlicher Berufspflichten zum Gegenstande, welche eben in der Schweigepflicht bestehen." Diese Theorie sollte wohl den Ausweg zeigen, um die Berufsgeheimnispflicht mit den Tatsachen des Lebens in Einklang zu bringen. Das Reichsgericht hatte schon früher ausgesprochen, daß die Schweigepflicht „vor der höheren sittlichen Pflicht" zurücktreten müsse, doch hat es hiermit einen sehr dehnbaren, kautschukartigen Gesetzesbegriff geschaffen.. Wie dehnbar, hat das Reichsgericht selbst wenige Jahre zuvor gezeigt,

indem es den Wunsch eines Arztes, einer von ihrem Ehemann infizierten Frau durch seine Aussage zur Ehetrennung zu verhelfen, wohl als eine „sittliche Pflicht", doch nicht als eine „höhere sittliche Pflicht" bezeichnete. Und doch hatte die Vorinstanz in Hamburg das Handeln des Arztes als höhere sittliche Pflicht angesehen. Wenn nun aber zwei Gerichtshöfe in gleicher Sache so grundverschieden urteilen können, ist es dann dem Arzte wohl zu verdenken, wenn er in so schwerwiegender Pflichtkollision nur selten die Schweigepflicht durchbrechen mag, und wenn er es tut, dann unbekümmert darum, ob ein Gericht es eventuell strafbar findet? Bei solchen Grundsätzen wird er die Schweigepflicht wie ehedem als bindend erachten und sie nur verletzen, wenn er durch ihre Innehaltung schwere Gefahren heraufbeschwören würde. Dann wird er sie bewußt verletzen, doch wird das nur in vereinzelten Fällen nötig sein.

Wenn heutzutage eine allgemeine Anzeigepflicht gefordert werden sollte, so wäre zum mindesten vorher zu verlangen, daß alle Beteiligten, in deren Hände die Meldung kommt, zu gleicher Verschwiegenheit verpflichtet wären, wie die Aerzte selbst. Daß heutzutage hierfür noch keine Gewähr besteht, daß auch Krankenscheine noch in die Hände von Personen gelangen, die mit der erlangten Kenntnis nach Belieben schalten können, sei nachdrücklichst betont. In diesem Falle macht sich der Arzt aber nicht strafbar, weil nicht der Patient, sondern die Kasse die Auftraggeberin ist und auch den Arzt bezahlt. Der Arzt würde sich daher auch nicht strafbar machen, wenn er Geschlechtskranke, für deren Behandlung die Kasse einsteht, auftragsgemäß meldet. Aber auch in diesem Falle würde er tatsächlich nur erreichen, daß solche Patienten den beauftragten Arzt meiden und privatärztliche Hilfe suchen würden. So bald aber die zurzeit drohenden Anzeigemaßnahmen Geltung erlangten, wäre das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten derart erschüttert, daß die Ausschaltung jeder sachkundigen ärztlichen Beratung die traurige Folge sein und damit unsagbares Unglück entstehen müßte."

Aerztliche Lebensmittelbescheinigungen.

Die „Betriebskrankenkasse" schreibt in Nr. 20 S. 241: In vielen Städten usw. sind Maßnahmen getroffen worden, durch welche den Kranken, falls es erforderlich erscheint, besondere Nahrungsmittel oder größere Mengen Nahrungsmittel gewährleistet werden sollen. Voraussetzung für die Bewilligung ist meist eine entsprechende Bescheinigung des behandelnden Arztes. Die Aerzte berechnen vielfach diese Bescheinigungen besonders und fordern in der Regel 3 Mk. dafür, und zwar auch bei Kassenmitgliedern. Wie Zuschriften an Zeitungen ergeben, haben Aerzte die Ausstellung der Bescheinigung verweigert, wenn der Betrag von 3 Mk. nicht vorher entrichtet wird. Dadurch wird natürlich, namentlich bei den minderbemittelten Volkskreisen, Unruhe und Erregung hervorgerufen. Deswegen sind auch schon bei Krankenkassen Vorstellungen erhoben worden; es wird von Versicherten die Meinung vertreten, daß die Krankenkassen die Bescheinigungen bezahlen müßten. Die Kassen sind dazu aber nach Gesetz und Satzung nicht in der Lage. Im allgemeinen fällt die Ausstellung dieser Bescheinigungen auch nicht unter die Leistungen, deren Bezahlung in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Aerzten geregelt ist, da bei Abfassung der Verträge an solche Fälle natürlich nicht gedacht werden konnte. Bei diesen Lebensmittelbescheinigungen handelt es sich also um unmittelbare Beziehungen zwischen dem Kranken und dem Arzte, die rechtlich die Krankenkassen nicht angehen. Die Kassen können nur vermitteln. Wenn sich aus dem Verhalten der Aerzte in dieser Beziehung Ungelegenheiten ergeben, so kann den Kranken nur empfohlen werden, geeignete Vorstellungen bei den Behörden zu erheben, die für Abhilfe sorgen werden.

Götze-Schindler, Jahrbuch der Arbeiterversicherung für 1917.

Auch diesmal wird das den Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern unentbehrliche Hilfsmittel für die tägliche Arbeit nur als Ergänzung zum Jahrbuch von 1914 erscheinen, um den Anschaffungspreis, trotz der durch die Kriegsnot gesteigerten Herstellungskosten, noch in mäßigen Grenzen zu halten. Das Buch wird aber diesmal in zwei Bänden herausgegeben, von denen je einer sich als Ergänzung des ersten und des zweiten Teils des Jahrbuchs für 1914 darstellt. Die Aushängebogen sind uns vom Verlag der Liebel'schen Buchhandlung in Berlin zugegangen, und wir haben uns daraus überzeugen können, daß das Buch wieder in der vertrauten, seinem Zweck angepaßten Form den üblichen reichen Inhalt haben wird; es bringt insbesondere alle organisatorischen und sonstigen Neuerungen und Veränderungen bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern, die neu ergangenen Verordnungen zur Durchführung der Sozialversicherung, ferner in Anmerkungen zu den einzelnen Paragraphen die im Jahre 1916 ergangenen höchstinstanzlichen Entscheidungen, endlich (als Anhang zu Teil I) die umfangreichen Nachweisungen des Ortslohns und des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter, sowie die Durchschnittssätze der monatlichen Heuer der zur Besatzung deutscher Seefahrzeuge gehörenden Personen. Die Entscheidungen sind bis in die neueste Zeit hinein nachgetragen.

Der Preis beträgt bei Vorbestellungen bis zum 1. Dezember 1916 für jeden Band 4,50 ℳ, später 5 ℳ. Wir verweisen auf unsere früheren empfehlenden Anzeigen (1914 S. 365, 1915 S. 406, 1916 S. 142) und machen nur noch auf die Zweckmäßigkeit rechtzeitiger Vorbestellung aufmerksam.

Steigende Leistungen der Invalidenversicherung im Kriege.

Die Leistungen der Invalidenversicherung steigen während des Krieges ebenso wie die Einnahmen. So zahlten die 31 Versicherungsanstalten aus Invaliden-, Kranken-, Alters- und Zusatzrenten im Juli 1916 16 499 617 ℳ gegen 15 096 406 ℳ im Juli des vorigen Jahres, also um nahezu 1½ Millionen mehr. Im einzelnen leisteten am meisten die Anstalten der Rheinprovinz mit 1 740 384 ℳ, dann die des Königreichs Sachsen mit 1 539 103 ℳ die von Schlesien mit 1 192 170 ℳ und die von Brandenburg mit 1 131 297 ℳ. Die übrigen Anstalten wandten unter einer Million auf. Der größte Teil der Leistungen entfällt auf Invalidenrente mit 13 233 294 ℳ. An Krankenrenten wurden 1 372 486 ℳ bezahlt, an Altersrenten 1 233 294 ℳ,

an Zusatzrenten 5 M 28 Pf. Noch mehr steigen die Versicherungsleistungen an Hinterbliebene. Sie hatten im Juli des vorigen Jahres nur 1 326 145 M. betragen, in diesem Jahre dagegen 2 240 409 M. In der Rheinprovinz wurden 279 604 M bezahlt, in Schlesien 226 863 M, im Königreich Sachsen 206 940 M usw. Die Hauptmasse entfällt hier auf Waisenrenten mit 1 746 856 M, die übrigen Leistungen verschwinden dagegen. An Witwen- und Witwerrenten wurden 244 219 M bezahlt, an Witwengeld 234 894 M, an Witwenkrankenrenten 10 413 M, für Waisenaussteuer 4028 M.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Verwendung von Kassenmitteln für die Versammlung einer Vereinigung von Kassenführern.

1. Nach B. Antwort: Unsere Auskunft im Heft 26 S. 622 Ziff. 2 beruht auf der Annahme, daß an der Versammlung der „Vereinigung der Krankenkassenführer" nicht nur diese Kassenangestellten für sich, sondern auch die Krankenkassen selbst, vertreten durch Vorstandsmitglieder oder Angestellte, teilnehmen sollten. Denn § 363 Abs. 2 RVO. kann überhaupt nur in Frage kommen, wenn es sich um den Besuch von Versammlungen durch die Kasse, d. h. um die Beschickung einer Versammlung durch Vertreter der Kasse handelt. Das kann selbstverständlich auch bei einer Versammlung von Krankenkassenführern zutreffen, wenn hierzu Einladungen auch an Krankenkassen als solche ergangen sind. In der Voraussetzung, daß es sich um einen Fall dieser Art handelte, mußten wir den Min. Erl. v. 3. März 1916 (Arb.Vers. S. 341), der den § 363 Abs. 2 für unanwendbar erklärte, dahin verstehen, daß angenommen wurde, die Versammlung der Vereinigung diene nicht den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung und deshalb dürften Kassenmittel für ihre Beschickung nicht verwendet werden. — Anders liegt die Sache natürlich dann, wenn die Versammlung nur von Mitgliedern der „Vereinigung der Kassenführer" als solchen, also nicht von Vertretern der Kassen besucht werden soll und wenn es sich darum handelt, ob die Kasse Mittel aufwenden darf, um den Mitgliedern der Vereinigung als solchen den Besuch der Versammlung zu ermöglichen. Dann kommt nicht die Anwendung des § 363 Abs. 2, sondern lediglich des Abs. 1 in Frage, d. h. es ist zu prüfen, ob für die Kasse ein vernünftiges Verwaltungsinteresse, ein eigentliches Kasseninteresse daran besteht, daß ihr Kassenführer sich an der Versammlung beteilige, so daß es sich rechtfertigt, die dadurch entstehenden Kosten oder wenigstens einen Teil als Verwaltungskosten der Kasse zu übernehmen. So könnte die Sache z. B. allenfalls dann angesehen werden, wenn anzunehmen wäre, daß durch Belehrung der Teilnehmer über versicherungsrechtliche Fragen, namentlich über Fragen der Kassenverwaltung, das Interesse der Kasse selbst gefördert werden würde. Dann bedarf es zur Verwendung von Kassenmitteln nicht erst einer Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde, sondern es ist Sache der Aufsichtsbehörde, darauf zu achten, ob die Kosten wirklich als Verwaltungskosten im Sinne des § 363 Abs. 1 gelten können. Näheres hierüber: Krause in „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 210 ff.

Versicherungspflicht von Soldaten, die aus dem Lazarett zu Privatarbeiten beurlaubt sind.

2. Nach Düsseldorf. Antwort: Soldaten, die noch im Lazarett gehalten werden, aber nicht arbeitsunfähig sind, unterliegen, wenn ihnen Beschäftigung gegen Entgelt gestattet ist, wegen dieser Beschäftigung der Krankenversicherungspflicht. Dadurch, daß sie der Militärbehörde unterstehen, wird ihre Tätigkeit in Privatbetrieben nicht zu einer versicherungsfreien militärischen Verrichtung im Sinne des § 172 Ziff. 2 RVO. Ebensowenig können sie, da kein Zwang zur Uebernahme dieser Arbeiten besteht, als unfreie und deshalb nicht versicherungspflichtige Arbeiter angesehen werden. Zu vgl. Arb.Vers. 1915 S. 671 Ziff. 7.

Gehaltsanspruch des Kassenangestellten bei Kriegsdienstleistung.

3. Nach Wernigerode. Antwort: Die beiden Fälle unterliegen der gleichen Beurteilung auf Grund des § 17 der Dienstordnung, der dem Angestellten Weiterzahlung des Gehalts für sechs Monate zusichert bei militärischer Dienstleistung „im Frieden", bei Ausübung öffentlicher Ehrenämter sowie „bei sonstigen Behinderungen", die ohne sein Zutun eintreten. Nach dieser Fassung kann die Bestimmung auf Kriegsdienstleistung nicht bezogen werden. Wollte man die gegenteilige Annahme auf die Worte „bei sonstigen Behinderungen" stützen, so wäre die vorangegangene Einschränkung, die in den Worten „im Frieden" liegt, sinnlos. Eine solche Auslegung erscheint nicht zulässig. Dagegen kommt neben der Dienstordnung die gesetzliche Vorschrift in § 616 BGB. in Betracht, wonach der Angestellte den Anspruch auf sein Gehalt nicht dadurch verliert, daß er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird (vgl. Arb.Vers. 1914 S. 565).

Man wird sagen dürfen: Wenn dem Angestellten schon in Friedenszeiten bei Behinderung durch Militärdienst Fortbezug des Gehalts für 6 Monate zugebilligt wird, so muß man billigerweise diese Frist beim Kriegsdienst erst recht als eine „verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" gelten lassen. So führt die Anwendung des § 616 BGB. zu demselben Ergebnis wie der § 17 der Dienstordnung.

Keine Portofreiheit in Sachen der Kriegswochenhilfe beim Verkehr der Krankenkassen miteinander.

4. Nach Jena. Antwort: Wir haben schon beim Abdruck des Bescheides des Reichsversicherungsamts vom 10. August 1916 im Heft 28 S. 659 darauf hingewiesen, daß er sich nur auf die Form bezieht, in der die Sendungen der Krankenkassen in Sachen der Kriegswochenhilfe als portofrei kenntlich zu machen sind, während die Frage, wieweit diese Portofreiheit reicht, nach der Bekanntmachung des Reichspostamts vom 18. Dezember 1915, abgedruckt im Heft 9 S. 200, zu beantworten ist. Dort ist ausdrücklich gesagt, daß die Portofreiheit für Sendungen der Krankenkassen (betr. die Kriegswochenhilfe) nur gilt bei Sendungen „von oder an Reichs-, Staats- und Gemeindebehörden", nicht aber im Verkehr der Kassen „mit anderen Stellen als den bezeichneten Behörden" — also auch nicht im Verkehr der Kassen miteinander.

Versicherungspflicht von Kriegsaushelfern im Apothekerberuf.

5. Nach B. Frage: Frühere Apothekenbesitzer die als Rentner leben, haben sich bei Ausbruch des Krieges zur Hilfeleistung in den Apotheken zur Verfügung gestellt. Als Vergütung erhalten sie in der Regel 10 ℳ für den ganzen Tag und 5 für den halben. Der Beschluß-Ausschuß des Versicherungsamtes hat in einem Falle die Versicherungspflicht verneint. Es handelte sich um einen Apotheker, der nur im Kriege die Aushilfe übernommen hatte, und zwar für den Vormittag gegen 5 ℳ täglich. Das Versicherungsamt führte zur Begründung an, daß der Apotheker die Aushilfe nur auf Aufruf des Universitätsrektors im Interesse der Allgemeinheit übernommen habe, der Apothekenbesitzer auch mit ihm befreundet sei, er sonst als Rentner noch ein Einkommen von 9000 Mark habe, gegen das sein Verdienst von 1500 bis 1800 ℳ jährlich geringfügig sei, er auch nicht Apothekergehilfe, sondern als früherer Apothekenbesitzer dem Besitzer gleichgestellt sei und seine Tätigkeit in der Apotheke nicht seinen Hauptberuf bilde. Wir vertreten die Ansicht, daß die Beweggründe für die Aufnahme der Tätigkeit belanglos sind, der Apotheker als Apothekergehilfe im Sinne des § 165 Ziff. 3 RVO. zu betrachten und der Verdienst von 1500 bis 1800 ℳ im Verhältnis zu seinem sonstigen Einkommen von 8 bis 9000 ℳ jährlich nicht geringfügig sei und es auch nicht darauf ankomme, ob die Tätigkeit seinen Hauptberuf bilde. Wir halten deshalb Versicherungspflicht für vorliegend.

Antwort: Ihre Auffassung ist richtig. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die genannten Personen Gehilfen in Apotheken im Sinne des § 165 Ziff. 3 RVO. sind. Sie sind tätig im Apothekerberuf, aber nicht als selbständige Unternehmer, sondern im Betriebe eines andern gegen Vergütung. Daß sie früher einmal selbständig gewesen sind und jetzt vielleicht im Interesse der Allgemeinheit die Tätigkeit übernommen haben, ferner, daß sie des Verdienstes aus dieser für ihren Unterhalt nicht bedürfen, ist für die Krankenversicherungspflicht hier ohne Bedeutung. Es ist auch keineswegs — wie zu Ziffer 2 — Erfordernis, daß die Tätigkeit den Hauptberuf bilden müsse; daher ist es unerheblich, daß sie aus anderen Quellen ein bedeutend höheres Einkommen beziehen, das eine besondere Erwerbstätigkeit zur Bestreitung des standesmäßigen Unterhaltes überflüssig macht. Auch auf die Beweggründe kommt es nicht an. Daher sind solche Personen krankenversicherungspflichtig, sofern ihr Einkommen aus der Tätigkeit im Apothekerberuf, auf das Jahr berechnet, 2500 ℳ nicht übersteigt. Eine Versicherungsfreiheit gemäß Bekanntmachung vom 17. November 1913 (Arb.Vers. 1913 S. 848) kommt auch nicht in Frage, da die Dienstleistungen, die im Durchschnitt regelmäßig mindestens den halben Tag in Anspruch nehmen und fortdauernd gewährt werden, nicht vorübergehend sind. Zu vgl. ähnliche Fälle in Arb.Vers. 1915 S. 514, 1916 S. 119 Ziff. 3.

Ist ein Werkstattschreiber gewerblicher oder kaufmännischer Angestellter?

6. Nach Bln.-W. Antwort: Ob ein Werkstattschreiber als gewerblicher Angestellter oder als kaufmännischer zu betrachten ist, kann nur von Fall zu Fall auf Grund der Art seiner Tätigkeit entschieden werden. Bearbeitet er lediglich die Lohnabrechnungen, so ist er gewerblicher Angestellter. Kalkuliert er aber auch die Warenpreise oder führt er kaufmännische Bücher, z. B. die Konten der Kunden und ähnliches, so ist seine Tätigkeit kaufmännisch, und er gilt als Handlungsgehilfe. Daß er einen nach Wochen berechneten Lohn mit halbmonatlicher Zahlung erhält, ist für die Frage ohne Bedeutung. Denn für sie kommt es lediglich auf die Art der Tätigkeit an.

a) Satzungsbestimmungen über Meldungen. — b) Versicherungspflichtige Beschäftigung eines Gelähmten.

7. Nach D. Antwort: a) Wir treten Ihrer Auffassung lediglich bei. Der Arbeitgeber hat die Beiträge bis zur „vorschriftsmäßigen" Anmeldung fortzuzahlen (§ 397 Abs. 1 RVO.). Ihre Satzung bestimmt im § 12, daß für alle Meldungen die vom Kassenvorstande vorgeschriebenen Vordrucke zu benutzen sind. Das entspricht dem § 12 Abs. 4 der Mustersatzung für Ortskrankenkassen und ist für die Arbeitgeber verbindlich (Hahn Anm. 4 zu § 317). Von dieser Verbindlichkeit konnte der Arbeitgeber durch einen Kassenangestellten nicht befreit werden. Abweichende Vereinbarungen über die Meldungen können überhaupt nur mit Reichs- oder Staatsbetrieben getroffen werden (§ 317 Abs. 3); daraus läßt sich entnehmen, daß sie mit anderen Arbeitgebern nicht zulässig sind. Ueberdies liegt in der Annahme der Beitragseinzahlungen auf Grund der vom Arbeitgeber ohne Benutzung der vorgeschriebenen Vordrucke gemachten Aufstellungen weder eine stillschweigende Vereinbarung noch eine Anerkennung seines mit der Satzung nicht vereinbaren Verfahrens. Der Angestellte durfte und mußte die ihm angebotenen Zahlungen jedenfalls entgegennehmen und konnte dadurch dem Anspruch der Kasse auf vorschriftsmäßige Abmeldungen und auf Fortzahlung der

Beiträge bis zum Eingange solcher Abmeldungen nichts vergeben. Verjährung der sich hieraus ergebenden Beitragsreste ist im Hinblick auf § 29 RVO. nicht eingetreten.

b) Daß der Amtsschreiber in erheblichem Maße gelähmt ist und die Stelle nur aus Mitleid erhalten haben mag, ändert nichts an der Tatsache, daß er die ihm obliegenden Schreibarbeiten tatsächlich zu erledigen fähig, also keinesfalls völlig arbeitsunfähig ist und daß er durch seine Arbeit einen wirtschaftlich erheblichen Entgelt (monatlich 100 Mark) erwirbt. Er ist daher nach § 165 RVO. versicherungspflichtig, und es könnte höchstens in Frage kommen, ob er hiervon auf Antrag der Amtsverwaltung nach §§ 173, 175 zu befreien wäre.

Zur Krankenversicherung einer Hausdame.

9. Nach Alzey. Antwort: Die Hausdame ist versicherungspflichtig; denn ihr Entgelt übersteigt auf keinen Fall 2500 ℳ im Jahr. Ihre Befreiung von der Krankenversicherungspflicht kann aber gemäß §§ 418, 435 RVO. nur erfolgen, wenn sie zu den Dienstboten gehört. Ob das der Fall ist, ist nicht nach der Bezeichnung die ihr beigelegt wird — Hausdame, Stütze — sondern nach ihrer Tätigkeit und Stellung im Haushalt zu entscheiden. Wenn sie das Hauswesen selbständig leitet, also nicht überwiegend niedere häusliche Dienste, wie Stubenreinigen, Waschen und dergl., verrichtet, vielmehr die Hausfrau ersetzt, so ist sie kein Dienstbote und ihre Befreiung von der Versicherungspflicht nicht möglich.

Kühlen der Milch als landwirtschaftliche oder als gewerbliche Beschäftigung? — Kassenzuständigkeit für Dienstboten im Erholungsheim einer Krankenkasse.

10. Nach N. Antwort: a) Das Kühlen der Milch ist an sich eine landwirtschaftliche Betriebstätigkeit. Wenn aber das Kühlen im Auftrag und für Rechnung des Händlers durch eine Person erfolgt, die auch das Reinigen und Füllen der Fässer und die Beförderung zur Bahn besorgt, so ist die Gesamtheit dieser Tätigkeiten einheitlich als Behandlung und Beförderung des vom Händler bereits übernommenen Erzeugnisses zu betrachten und seinem kaufmännischen Betriebe zuzurechnen. Jene Person gehört daher der Allgemeinen Ortskrankenkasse an.

b) In dem anderen Falle, in welchem der Gemeindevorsteher von den Bauern des Dorfes die Milch übernimmt und alle jene erwähnten Verrichtungen durch seinen Knecht besorgen läßt, erscheint die Rechtslage zweifelhafter. Daß, wie Sie angeben, der Gemeindevorsteher „wahrscheinlich" der Mittelsmann der Bauern und des Milchpächters ist und von diesem entschädigt wird, genügt nicht, um anzunehmen, daß der Knecht in einem mittelbaren Dienstverhältnis zu dem Händler (Milchpächter) stehe. Aber selbst wenn dies der Fall wäre, würde er doch wegen seiner sonstigen Verrichtungen als „Knecht des Gemeindevorstehers" in dessen unmittelbarem Dienste stehen, und die Frage, ob er zur Orts- oder zur Landkrankenkasse gehört, würde sich daher nach der überwiegenden Beschäftigung entscheiden. (§ 309 RVO.). Ein bestimmtes Urteil läßt sich daher ohne nähere Feststellung der tatsächlichen Verhältnisse nicht fällen.

c) Das Erholungsheim der Allgem. Ortskrankenkasse ist nicht als ein „Betrieb oder anderes Erwerbsgeschäft" im Sinne des § 439 RVO. anzusehen. Es dient nur der Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben der Kasse, nicht dem Erwerbe. Selbst wenn es rechnerisch Ueberschüsse brächte, würden diese nicht als Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit angesehen werden dürfen, weil alle Einnahmen nur den gesetzlichen Aufgaben der Kasse dienen (§ 363) und weil die Kasse Erwerbsgeschäfte garnicht übernehmen darf (§ 25 Abs. 3). Deshalb liegt der Fall anders als in den Entscheidungen Arb.Vers. 1916 S. 153, 605. Daher gehören die im Erholungsheim als Dienstboten beschäftigten Personen zur Landkrankenkasse — vorausgesetzt, daß sie tatsächlich einer Hausgenossenschaft von der Art angehören, wie sie die Entscheidung des RVA. 2056 (Arb.Vers. 1915 S. 537) voraussetzt.

Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit infolge der Zerstörung einer Brille.

11. Nach Wilhelmshaven. Frage: Ein Kassenmitglied muß zur Ausübung seines Berufes scharfe Brillengläser tragen. Am 10. d. Mts. zerbrachen beide Gläser. Unser Optiker konnte Ersatz, da dieser von einer Fabrik bezogen werden mußte, erst am 14. d. Mts. liefern. Während dieser Zeit hat das Mitglied seinen Beruf nicht ausüben können und verlangt nun Krankengeld oder Ersatz des Lohnausfalls. Ist dies begründet?

Antwort: Die Brille ist, wenn sie der Behebung der durch einen krankhaften Zustand bedingten Arbeitsunfähigkeit dient, ein Heilmittel, das die Kasse nach § 182 RVO. für die satzungsmäßige Leistungsfrist zu gewähren hat. Innerhalb dieser Frist hat sie auch für die Instandhaltung oder den Ersatz des Heilmittels aufzukommen, wenn es ohne Verschulden des Versicherten beschädigt oder zerstört ist. Im vorliegenden Falle ist durch die Verzögerung des Ersatzes zeitweilig die auf dem krankhaften Zustande beruhende Arbeitsunfähigkeit wieder eingetreten. Daher muß die Kasse Krankengeld zahlen. Darüber hinaus den vollen Lohnausfall zu ersetzen, würde die Kasse nur verpflichtet sein, wenn sie die Verzögerung verschuldet hätte. Davon kann aber im vorliegenden Falle nicht die Rede sein.

Telephonische Erledigung der Kassengeschäfte durch den Vorsitzenden des Vorstandes. — Vorstandssitzungen sind nach Satzungsvorschrift abzuhalten. — Kassenbeiträge für Wasch- und Scheuerfrauen.

12. Nach St. Antwort: a) der Vorstand der Kasse, insbesondere der Vorsitzende, ist als Prinzipal der Angestellten, also auch des Geschäftsführers anzusehen. Darum hat sich dieser nach seinen Weisungen zu richten und muß mit ihm, wenn er es wünscht, auch telephonisch verhandeln. Eine andere Frage ist freilich die, ob der Vorsitzende seinen Pflichten gegenüber der Kasse voll nachkommt, wenn er sich darauf beschränkt, die Kassenangelegenheiten telephonisch zu erledigen. Das wird man verneinen müssen. Denn nur auf diesem Wege läßt sich die Verwaltung eines solchen Betriebes, wie es eine Krankenkasse ist, nicht führen. Aber der Geschäftsführer der Kasse als deren Angestellter hat nicht das Recht, dem Vorsitzenden Vorhaltungen zu machen oder die telephonische Erörterung zu verweigern. Verletzt der Vorsitzende seine Pflicht, so ist es Sache des Versicherungsamtes als Aufsichtsbehörde einzuschreiten.

b) Der Vorstand muß die Satzung beobachten, also allmonatlich eine Sitzung abhalten, wenn die Satzung es vorschreibt.

c) Wasch- und Scheuerfrauen, die von Fall zu Fall auf weniger als eine Woche angenommen werden, gehören zu den unständig Beschäftigten. Für diese hat der Gemeindeverband, nicht der Arbeitgeber, am Schlusse jedes Vierteljahres den Gesamtbetrag der Beitragsteile für die Arbeitgeber zu zahlen (§ 453 RVO.). Er kann aber den Betrag umlegen und soll dabei solche Einwohner, welche unständig Beschäftigte in größerer Zahl oder für längere Zeit zu beschäftigen pflegen, in höherem Maße heranziehen. Die Arbeitgeber solcher Wasch- und Scheuerfrauen, die von ihnen stets weniger als eine Woche beschäftigt werden, brauchen somit für sie an die Kasse keine Beiträge zu zahlen. Anders jedoch, wenn diese Frauen von ein und demselben Arbeitgeber für längere oder unbestimmte Zeit angenommen werden derart, daß eine regelmäßig wiederkehrende Beschäftigung im Voraus vereinbart wird, mag sie auch im einzelnen jedesmal weniger als eine Woche dauern. Dann ist sie keine unständige, sondern eine regelmäßige. In Frage käme unter Umständen freilich Versicherungsfreiheit gemäß Bekanntmachung vom 11. November 1913 über vorübergehende Dienstleistungen (Arb.-Vers. 1913 S. 848).

Anspruch des Lieferungsverbandes an die Krankenkasse auf Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen.

13. Nach Bremerhaven. Antwort: Wenn der Antrag auf Gewährung von Kriegswochenhilfe unmittelbar an den Lieferungsverband gerichtet worden ist und dieser die Wochenhilfe geleistet hat, später aber sich herausstellt, daß die Krankenkasse zur Leistung verpflichtet war, so halten wir die Kasse zur Erstattung an den Lieferungsverband aus dem Grunde der ungerechtfertigten Bereicherung für verpflichtet. Allerdings setzt ein solcher Anspruch nach strengem bürgerlichen Recht voraus, daß die Vermögensverschiebung, durch die der eine Teil auf Kosten des andern bereichert wird, sich unmittelbar zwischen diesen beiden vollzogen habe (§ 812 BGB., Entsch. des Reichsger. 66 S. 80), und das trifft hier nicht zu, da nicht die Kasse, sondern die Kriegerfrau den streitigen Betrag zu Unrecht vom Lieferungsverbande erhalten hat. Dieser müßte sich also an die Kriegerfrau und diese erst sich an die Kasse halten, die wiederum, soweit sie die Leistung nicht aus eigenen Mitteln zu gewähren hat, vom Reich Erstattung fordern könnte. Der Lieferungsverband könnte sich nicht unmittelbar an das Reich halten, wie die Kasse meint; denn das Reich erstattet den Lieferungsverbänden nur die Leistungen, die sie nach den geltenden Vorschriften zu machen haben, also nicht irrtümlich gewährte Leistungen (§ 21 der Bek. v. 23. 4. 15). Bei dieser Sachlage wird man die bürgerlichrechtlichen Grundsätze über die ungerechtfertigte Bereicherung auf Verhältnisse des öffentlichen Rechts nur unter zweckentsprechender Anpassung an diese Verhältnisse übertragen können, und das muß dazu führen, entsprechend wie nach § 224 Ziff. 2 RVO., dem Lieferungsverband einen unmittelbaren Erstattungsanspruch an die Kasse zuzugestehen. Was die Kasse danach zahlt, ist dann wie unmittelbar an die Wöchnerin gezahlt anzusehen, so daß die Kasse, soweit sie die Leistung nicht aus eigenen Mitteln zu gewähren hat, Erstattung vom Reiche beanspruchen kann.

Pfändung des Anspruchs auf Krankengeld.

14. Nach Berlin. Antwort: Nach § 119 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. in Verbindung mit § 850 Abs. 4 ZPO. kann der Anspruch des Versicherten auf Krankengeld allerdings im vollen Betrage gepfändet werden wegen der der Ehefrau für die Zeit nach Erhebung der Klage und für das diesem Zeitpunkt vorausgehende letzte Vierteljahr kraft Gesetzes zustehenden Unterhaltsbeiträge. Der Kasse steht es nicht zu, die Rechtmäßigkeit des amtsgerichtlichen Pfändungsbeschlusses auf Grund irgendwelcher Einwendungen, die dem Versicherten gegen den Unterhaltsanspruch zustehen könnten, zu bestreiten. Solche Einwendungen gegen die Vollstreckungsmaßnahme zu erheben, ist ausschließlich Sache des Versicherten selbst.

Krankenversicherungspflicht des Lehrlings während der Probezeit.

15. Nach Diedenhofen. Antwort: Auch während der Probezeit ist derjenige, der zur Ausbildung in einem Berufe beschäftigt wird, Lehrling. Ein Vertrag liegt schon dann vor, wenn die Parteien sich über die Beschäftigung einig sind; der Schriftform bedarf es für den Begriff des Vertrages an sich nicht. Darum sind Lehrlinge auch während der Probezeit versicherungspflichtig ohne Rücksicht darauf, ob sie Entgelt beziehen oder nicht.

Weitsichtigkeit als Krankheit und als Alterserscheinung.

16. Nach Rudolstadt. Antwort: Stellt sich Weitsichtigkeit als natürliche Folge des Alters, wie gewöhnlich, ein, so bildet sie keine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung, sondern eine auf der natürlichen Entwicklung des Körpers beruhende Erscheinung, und dann besteht freilich kein Anspruch auf eine Brille (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1c zu § 182 RVO.). Allein die Weitsichtigkeit kann in anderen Fällen sich auch frühzeitig infolge anderer Ursachen, als des Alters, einstellen, und dann handelt es sich sehr wohl um eine Krankheit, nämlich um einen anormalen Körperzustand, der Krankenpflege erfordert, so daß der Anspruch auf eine Brille begründet ist (vgl. Arb.-Vers. 1913 S. 624 Ziff. 1). Häufig wird sich die Grenze zwischen Krankheit und Altersgebrechlichkeit schwer feststellen lassen; auch kann diese durch jene verschlimmert werden. Darum ist eine den Versicherten wohlwollende Uebung zu empfehlen. Es ist auch zu bedenken, daß die Benutzung einer Brille die Verschlimmerung der Weitsichtigkeit, somit deren Uebergang in einen geradezu krankhaften Zustand verhindern kann.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamerstraße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe; Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1156 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 1. Dezember 1916 | Heft 34

Zur Krankenversicherung von Angehörigen feindlicher Staaten.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Das am 4. November 1916 in Berlin ausgegebene Stück Nr. 251 des Reichs-Gesetzblatts, S. 1247, enthält folgende

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Krankenversicherung von Ausländern während des Krieges.

Vom 2. November 1916.

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes, betreffend die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw., vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Diejenigen seit Beginn des gegenwärtigen Krieges in Deutschland befindlichen Angehörigen feindlicher Staaten, welche als solche durch Anordnung deutscher Behörden in ihrer persönlichen Freiheit beschränkt und deshalb als unfreie Personen nicht nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Krankenversicherung versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind, werden diesen Vorschriften unterstellt.

Für sie gelten auch das Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337) und § 2 der Bekanntmachung, betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges, vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49).

§ 2. Diese Vorschrift tritt am 20. November 1916 in Kraft.

Zum Verständnis dieser Bekanntmachung ist es nötig, sich zunächst die bisherige Rechtslage zu vergegenwärtigen. Der reichsrechtliche Versicherungsschutz kommt grundsätzlich den im Inlande beschäftigten Ausländern nicht minder als Inländern zustatten. An sich muß dieser Grundsatz auch gegenüber den Angehörigen feindlicher Staaten gelten, soweit sie an der Arbeit der deutschen Nation teilnehmen. Allein die Versicherung nach der deutschen Sozialgesetzgebung setzt nach feststehender Rechtsprechung eine **freie** Arbeitsbetätigung voraus; und da die während des Krieges im Gebiete des deutschen Reichs weilenden Angehörigen feindlicher Staaten aus politischen und sicherheitspolizeilichen Rücksichten mehr oder weniger weitgehenden Beschränkungen ihrer persönlichen Freiheit unterworfen sind, so entstanden bald Zweifel auf allen Versicherungsgebieten darüber, ob diese Personen im Sinne des Versicherungsrechts als freie Arbeiter und mithin als versichert anzusehen sind. Ueberwiegend führte die Würdigung der ihnen auferlegten Beschränkungen zur Verneinung der Versicherungspflicht. In diesem Sinne entschied das Reichsversicherungsamt hinsichtlich der russisch-polnischen Arbeiter für alle Versicherungsgebiete (Arb.Vers. 1915 S. 419; anders OVA. Oppeln das. S. 682), dann hinsichtlich der Invalidenversicherung russisch-polnischer landwirtschaftlicher Arbeiter (Arb.Vers. 1916 S. 511) und hinsichtlich gewerblicher Arbeiter, die in Deutschland zurückgehalten sind (2242 Amtl. Nachr. 1916 S. 599), ebenso für das

Gebiet der Krankenversicherung (2232 Amtl. Nachr. 1916 S. 587; zu vgl. auch bezüglich eines russisch-polnischen Dienstmädchens: OVA. Gotha in Arb.Vers. 1916 S. 513). Dagegen wurden die aus den besetzten Gebieten freiwillig nach Deutschland gekommenen Arbeiter für versicherungspflichtig erachtet, weil die ihnen auferlegten Beschränkungen nicht so weitgehend sind, daß die versicherungsrechtliche Freiheit der Arbeitsbetätigung verneint werden könnte (RVA. 2877, Arb.Vers. 1916 S. 442). Es kam hiernach immer auf die Würdigung der im einzelnen Falle bestehenden Beschränkungen der Bewegungsfreiheit an. Diese konnten selbst innerhalb einer bestimmten Gruppe für die einzelnen Personen verschieden sein, insoweit die maßgebenden behördlichen Anordnungen Befreiung von gewissen Beschränkungen zulassen (vgl. z. B. hinsichtlich der Italiener: Arb.Vers. 1916 S. 720 Ziff. 18). Soweit versicherungsrechtliche Unfreiheit anzunehmen war, war wie die Versicherungspflicht so auch die Versicherungsberechtigung zu verneinen. (RVA. 2183, Arb.Vers. 1916 S. 511 zu b).

Dieser Rechtszustand war unbefriedigend. Er führte bei Erkrankungen unversicherter Arbeiter zu einer unbilligen Belastung der Arbeitgeber oder der Armenverbände. Deshalb erschien es erforderlich, die Last auf die Krankenkassen zu übertragen, die dafür entsprechende Beiträge erhalten. Auch erschien es zweckmäßig, die Unterscheidung zwischen den hier zurückgehaltenen und den aus dem besetzten Gebiet angeworbenen Ausländern zu beseitigen.

Dies geschieht durch § 1 der Bek. vom 2. November 1916. Er bezieht sich auf alle Angehörigen feindlicher Staaten, die sich seit Beginn des Krieges in Deutschland befinden (nicht auch auf später hereingekommene, insbesondere also nicht auf die Kriegsgefangenen). Das Maß der behördlichen Beschränkungen, denen diese Personen unterworfen sind, bedarf künftig keiner Würdigung, weil sie auch dann, wenn sie als unfreie Arbeiter anzusehen sein möchten, den Vorschriften der RVO. über die Krankenversicherung unterstellt werden, sowohl hinsichtlich der Versicherungspflicht als auch hinsichtlich der Versicherungsberechtigung. Daraus folgt dann von selbst ihre vollständige Gleichstellung in Rechten und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnisse nach den Vorschriften der RVO., soweit nicht Abweichungen im Gesetze selbst vorgesehen sind. Als solche Ausnahmen kommen für das Gebiet der Krankenversicherung nur in Betracht: der Mangel der Wählbarkeit zu den Kassenorganen und zu den Versicherungsbehörden nach §§ 12, 47, 76, 92, 107 und das Ruhen der Krankenhilfe nach § 216 Ziff. 3. Die Auszahlung der Barleistungen wird den berechtigten Ausländern der Regel nach nicht verweigert werden können. Die gegen feindliche Staaten (England, Frankreich, Rußland, Italien, Rumänien) erlassenen Zahlungsverbote würden der Auszahlung nur dann entgegenstehen, wenn nach den Umständen anzunehmen wäre, daß das Erhaltene demnächst in das Gebiet eines der bezeichneten Staaten überführt werden würde (Besch. des Reichskanzlers in Arb.Vers. 1915 S. 425 und Rek.Entsch. in Arb.Vers. 1916 S. 156). Das wird bei den Leistungen der Krankenversicherung wohl nur ganz ausnahmsweise angenommen werden können.

Auf die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und ebenso auf die Unfallversicherung bezieht sich die Bekanntmachung nicht. Soweit es sich um diese Gebiete handelt, behalten also die oben erwähnten Zweifel und die hierüber ergangenen Entscheidungen ihre Bedeutung. Das ist auch für die Krankenkassen wichtig, namentlich im Hinblick auf § 573 RVO.: sie können den Unfallzuschuß zum Krankengelde feindlichen Ausländern nur dann zahlen, wenn diese auch der gewerblichen Unfallversicherung unterstehen. Hierüber werden sich also die Kassen im Einzelfalle vergewissern müssen und sie werden gut tun, die Zahlung des Zuschusses zurückzuhalten, solange nicht jeder Zweifel in dieser Hinsicht beseitigt ist.

Nur die Vorschriften der RVO. über die Krankenversicherung gelten nach § 1 Abs. 1 der Bek. auch für die feindlichen Ausländer;

außerdem nach Abs. 2 auch das Gesetz vom 4. August 1914 (Arb.Vers. 1914 S. 569) und § 2 der Bek. vom 28. Januar 1915 (Arb.Vers. 1915 S. 104), betreffend eine Erweiterung des Begriffs der Hausgewerbetreibenden für die Kriegszeit. Die Verordnungen über die Kriegswochenhilfe sind nicht auf die im § 1 der Bek. bezeichneten Personen erstreckt, weil es nicht angezeigt erschien, den weiblichen Angehörigen feindlicher Staaten Wohltaten zuzusprechen, die ihren Grund lediglich in der Sicherung und Kräftigung des durch die Kriegsverluste gefährdeten Nachwuchses des deutschen Volkes haben. Dabei ist aber zu beachten, daß die neue Bekanntmachung sich eben nur auf solche feindliche Ausländer bezieht, die für unfrei zu erachten sind und deshalb nach der RVO. nicht versichert sein würden. Soweit aber nach der oben erwähnten Rechtsprechung eine Wöchnerin, die einem feindlichen Staat angehört, als versichert anzusehen ist, werden ihr auch die höheren Leistungen aus § 8 der Bek. vom 3. Dezember 1914 nicht wohl abgesprochen werden können (zu vgl. Arb.Vers. 1916 S. 672 Ziff. 4).

Die neue Bekanntmachung ist nach § 2 am 20. November 1916 in Kraft getreten, d. h. von diesem Zeitpunkt ab sind die bezeichneten Personen auch dann versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt, wenn sie es nach der Rechtsprechung bisher nicht waren. Diese Personen erlangen auf Grund ihres mit dem 20. November versicherungspflichtig gewordenen Beschäftigungsverhältnisses von diesem Zeitpunkt ab Anspruch auf die Kassenleistungen, und zwar auf die Leistungen der Krankenhilfe (§§ 182 ff.) auch dann, wenn sie in diesem Zeitpunkt bereits krank und arbeitsunfähig sind, sofern nur eben ihr Lohnarbeitsverhältnis fortbesteht (zu vgl. § 206 und Hahn in Arb.Vers. 1913 S. 841 ff.); auf Leistungen, für die nicht ein Zustand (wie die „Krankheit", im Gegensatz zur „Erkrankung"), sondern ein bestimmtes Ereignis (Niederkunft, Tod) den Entstehungsgrund bildet, haben die bezeichneten Personen keinen Anspruch, wenn dieser Entstehungsgrund, der Versicherungsfall, in die Zeit vor dem 20. November fällt.

Zur Anwendung des § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 betr. Wochenhilfe während des Krieges.

Von Dr. Tieling in Schwientochlowitz.

Das Reichsversicherungsamt hat in einer am 14. August 1916 gefällten Entscheidung (2250 Amtl. Nachr. 1916 S. 632, Arb.-Vers. 1916 Heft 31 S. 732 e) sich dahin ausgesprochen, daß Wöchnerinnen, bei denen nur die Voraussetzungen des § 214 RVO. gegeben sind, nicht als versichert im im Sinne des § 8 der Bekanntmachung des Bundesrats vom 3. 12. 1914 betr. Wochenhilfe während des Krieges anzusehen sind. Da die herrschende Meinung bisher einen entgegengesetzten Standpunkt vertrat (siehe Arb.-Vers. Heft 28 S. 671 Z. 1 Jahrgang 1916, Sonderheft in Arb.-Vers. 1915 S. 718, Krause, Kriegswochenhilfe I S. 95 Anm. 7 zu § 8, Oberversicherungsamt Posen in Betriebskrankenkasse 1916 S. 167) und die Entscheidung der obersten Versicherungsbehörde, welche nunmehr für die Praxis der Krankenkassen maßgebend sein muß, meines Erachtens nicht zweifelsfrei ist, erscheint es angebracht, die streitige Frage des Näheren zu beleuchten.

Der § 8 der genannten Bundesrats-Verordnung schreibt vor: „Gegen Krankheit versicherte Wöchnerinnen, die Anspruch auf Wochengeld nach § 195 der Reichs-Versicherungsordnung, nicht aber auf Wochenhilfe nach § 1 haben, hat ihre Kasse, auch wenn die Satzung solche Mehrleistungen nicht vor-

sieht, während der Dauer des Krieges die in § 3 Nr. 1, 3 und 4 bezeichneten Leistungen aus eigenen Mitteln zu gewähren." Voraussetzung für Gewährung der genannten Leistungen (einmaliger Beitrag, Beihilfe und Stillgeld) ist also, daß die Wöchnerin gegen Krankheit versichert ist und daß sie Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195 RVO., nicht aber auf Wochenhilfe nach § 1 der Bekanntmachung hat. Diese letztere Voraussetzung ist bei allen weiblichen Kassenmitgliedern gegeben, welche im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichs-Versicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind. Auch erwerbslos ausgeschiedene Frauen haben unter den näheren Voraussetzungen des § 214 RVO. Anspruch auf Wochenhilfe, als zu den Regelleistungen gehörig. Selbstverständlich müssen dann sowohl diese Voraussetzungen als auch diejenigen des § 195 RVO. zugleich erfüllt sein. (Vgl. Hahn Krankenversicherung Anm. 3 b zu § 195). Gegen Krankheit versichert sind alle Kassenmitglieder, dann aber auch diejenigen Personen, die wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausgeschieden sind, während der dreiwöchentlichen Schutzfrist des § 214 RVO. Sie genießen zwar auf Grund dieses Paragraphen keine Mitgliedsrechte. Doch sichert ihnen das Gesetz gewissermaßen als Ausfluß ihrer früheren Mitgliedschaft einen die Kassenzugehörigkeit überdauernden, begrenzten Versicherungsschutz beim Eintreten von Erkrankungen innerhalb drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse zu. Sind hiernach die Ausgeschiedenen auch den Kassenmitgliedern nicht gleich zu erachten, so sind sie doch noch als gegen Krankheit versichert anzusehen, nämlich in den vom Gesetz festgelegten Grenzen des § 214 RVO. Mehr fordert aber auch der fragliche § 8 nicht, der nur von einem „gegen Krankheit Versichertsein" spricht. Hätten durch die Bestimmung des § 8 nur Kassenmitglieder getroffen werden sollen, so wäre das im Wortlaut der Vorschrift auch unzweideutig zum Ausdruck gebracht worden. Aus diesem Grunde bin ich der Ansicht, daß auch den wegen Erwerbslosigkeit ausgeschiedenen Wöchnerinnen beim Vorhandensein der sonstigen Voraussetzungen des § 214 und des § 195 RVO. die Leistungen des § 8 zu gewähren sind.

Das Reichsversicherungsamt führt in der Begründung seiner Entscheidung u. a. aus: „Der Bestimmung im § 8 lag offenbar der Gedanke zu Grunde, daß es als unbillig empfunden worden wäre, wenn Mitglieder der Krankenkassen, denen bis zum Kriegsausbruche ähnliche Leistungen wie diejenigen im § 3 a. a. O. auf Grund der Kassensatzung zustanden und die dieses Anspruchs infolge der durch das Gesetz betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 erfolgten Beschränkung der Kassenleistungen auf die Regelleistungen verlustig gegangen waren, nunmehr nach Erlaß dieser Bekanntmachung schlechter gestellt sein würden als der ihnen wirtschaftlich gleichstehende Personenkreis des § 1 der Bekanntmachung. Es wurde daher durch § 8 a. a. O. erneut ein Anspruch auf die „Mehrleistungen" der Wochenhilfe geschaffen. Dagegen fehlt es an jedem Anhalt für die Annahme, daß durch diese Bestimmung eine Erweiterung der Kassenleistungen auch für solche Personen beabsichtigt gewesen sei, die vor Erlaß des Gesetzes vom 4. August 1914 nach ausdrücklicher Vorschrift der Reichs-Versicherungs-Ordnung überhaupt nur einen Anspruch auf die Regelleistungen hatten, wie dieses hinsichtlich derjenigen Personen, bei denen die Voraussetzungen des § 214 vorliegen, der Fall ist." Hierzu ist zu bemerken, daß es sich meines Erachtens bei den Leistungen des § 8 um Mehrleistungen garnicht handelt. Mehrleistungen einer Krankenkasse sind im Gegensatz zu den Regelleistungen solche Leistungen, welche eine Kasse im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften durch Satzungsbestimmung übernehmen *kann*. Die Regelleistungen *müssen* aber von einer Krankenkasse ohne weiteres gewährt werden, die gesetzlichen, Bestimmungen über diese Leistungen sind zwingendes Recht. Ein solches stellt auch die Vorschrift des § 8 dar, welche die Gewährung des einmaligen Bei-

trages, der Beihilfe und des Stillgeldes aus eigenen Mitteln den Krankenkassen für die Dauer des Krieges ausdrücklich auferlegt. Gerade die ausdrückliche Bestimmung im § 8 nimmt den genannten Leistungen den Charakter der Mehrleistungen. Gehören aber diese Leistungen zu den Regelleistungen, so sind sie auch den erwerbslos ausgeschiedenen Wöchnerinnen, die ja auf die Regelleistungen Anspruch haben, zuzuwenden. Der Hinweis des obersten Gerichtshofes am Schlusse der Entscheidungsbegründung, es sei unzutreffend, daß die von ihm vertretene Ansicht zu Härten führen würde, weil die Wöchnerinnen in den seltensten Fällen bis zum Augenblick der Niederkunft in der versicherungspflichtigen Beschäftigung verbleiben würden, da es ihnen unbenommen sei, die Versicherung freiwillig fortzusetzen und sich dadurch den Anspruch zu erhalten, ist wohl theoretisch richtig, aber praktisch in den wenigsten Fällen nicht zutreffend. Denn die Zahl der Wöchnerinnen, welche von der freiwilligen Weiterversicherung Gebrauch machen, ist eine äußerst geringe. Im Interesse unseres Nachwuchses, den zu schützen und zu kräftigen wir mehr denn je bedacht sein müssen, wäre es zu begrüßen, wenn die wenig glückliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts durch eine besondere Verordnung aus der Welt geschafft würde.

Arznei im Sinne der Reichsversicherungsordnung.

Zum Begriffe der „Arznei" im Sinne der Krankenversicherung bringt die Pharmazeutische Zeitschrift (Nr. 75 vom 16. September 1916) Bemerkungen, die an eine von der Arbeiter-Versorgung erteilte Auskunft folgenden Inhalts anknüpfen:

„Arzneien sind von der Kasse ohne Rücksicht auf die Höhe des Kostenbetrages voll zu bezahlen; denn die Beschränkung der Verpflichtung der Kasse in § 182 Ziff. 1 RVO. erstreckt sich nur auf andere kleinere Heilmittel, nicht auch auf die Arzneien, d. h. nicht auf solche Medikamente, die nach der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 nur in Apotheken feilgehalten und verkauft werden dürfen. (Vergl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 5d zu § 182.) Es kommt also darauf an, ob die verordneten Heilmittel Arzneien im Sinne der genannten Verordnung sind."

Hierzu bemerkt die „Pharm. Zeitschrift":

„Gegen diese Auffassung, die sich überraschenderweise verschiedentlich in der Literatur findet (u. a. auch in dem Kommentar von Stier-Somlo zur RVO.), muß einmal Einspruch erhoben werden. Die Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901 hat lediglich gewerberechtliche Bedeutung. Sie bezweckt nur, die Verkaufsbefugnisse der Drogisten gegenüber denen der Apotheker abzugrenzen. Irgendein Einfluß auf den Begriff „Arznei", wie er sich verschiedentlich in der Gesetzgebung findet, kommt dieser rein gewerbepolizeilichen Maßregel in keinem Falle zu. Das ist für den § 56, 9 der Gewerbeordnung, wonach Arzneimittel vom Ankauf oder Feilbieten im Umherziehen ausgeschlossen sind, inzwischen auch von der gesamten Rechtsprechung anerkannt worden. Und genau das Gleiche muß hinsichtlich des § 182 RVO., wonach als Krankenhilfe Versorgung mit Arznei zu gewähren ist, gelten. Wo die Gesetzgebung von Arznei bzw. von Arzneimitteln spricht, sind darunter alle Mittel chemischer, vegetabilischer oder animalischer Herkunft zu verstehen, die in Arzneiform dem menschlichen oder tierischen Körper eingeführt werden und hier einen arzneilichen Effekt (Verhütung, Linderung oder Beseitigung von Krankheiten, Körperschäden oder Leiden jeder Art, sowie Schmerzbetäubungen u. dgl.) ausüben sollen. Ob diese Mittel dem freien Verkehr entzogen sind oder nicht, also nur in Apotheken oder auch in Drogenhandlungen verkauft werden dürfen, ist für ihren Charakter als Arznei durchaus unerheblich. Hinsichtlich der RVO. ergibt sich das noch mit ganz besonderer Deutlichkeit aus dem § 375, worin ausdrücklich von Verträgen der Krankenkassen über die Lieferung der „dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel" die Rede ist. In § 182 RVO. ist nur ein Unterschied zwischen Arzneien (d. h. Mitteln chemischer, vegetabilischer oder animalischer Herkunft) und den lediglich mechanischen Hilfsmitteln wie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln gemacht. Auch der § 367, 3 StGB. spricht von „Arzneien, soweit der Handel mit denselben nicht freigegeben ist", sieht also auch freigegebene Mittel als „Arzneien" an."

Die Frage, die hier wieder einmal angeschnitten wird, ist eine alte Zweifelsfrage, und die Auffassung, gegen welche die Pharm. Zeitschr. zu Felde zieht, ist von jeher so vielfach vertreten worden, daß es überraschen muß, wenn die Auffassung als eine solche bezeichnet wird, die sich „überraschenderweise"

verschiedentlich in der Literatur findet. Eine höchstrichterliche Entscheidung wäre freilich erwünscht, da auch die entgegengesetzte Auffassung namhafte Vertreter gefunden hat. Inzwischen soll versucht werden, etwas zur Klärung beizutragen.

I. Im Wortsinne zunächst ist Arznei nicht gleich mit Apothekerware. Der Apotheker führt auch zahlreiche Waren, die nicht zu Heilzwecken, sondern zur Pflege des gesunden Leibes gebraucht werden („kosmetische" Mittel), oder nur der Erfrischung oder dem Genusse dienen (Wein und andere Tafelgetränke) oder für technische Zwecke usw. verwendet werden. Die Arznei aber ist jedenfalls ein Heilmittel, doch ist nicht jedes Heilmittel eine Arznei. Im Stengel-Fleischmannschen Wörterbuch des deutschen Staats- und Verwaltungsrechts (2. Aufl. Bd. 1 S. 221) bemerkt Rapmund: „Der Begriff „Arzneimittel und Arzneien" ist weder in der Gew. Ordg. noch sonst in einem Reichs- oder Landesgesetz näher bestimmt. Nach der Rechtsprechung sind darunter solche Substanzen, Präparate und Zubereitungen zu verstehen, die in der medizinischen Wissenschaft als Heilstoffe bzw. Heilmittel gelten und als solche in Anwendung kommen, also alle Mittel, die geeignet sind, Krankheiten und körperliche Uebel zu heilen oder zu lindern." Diese Erklärung ist, besonders am Schlusse („also alle Mittel usw."), so weit gefaßt, daß für eine Unterscheidung zwischen Arzneien und anderen Heilmitteln kein Raum bleibt, wenn man nicht aus dem Vorausgeschickten eine Beschränkung entnimmt: Nur alle Stoffe und Zubereitungen, die in der ärztlichen Wissenschaft als Heilstoffe gelten, können gemeint sein. So kommt man auch dem Wortsinne näher. „Arznei" und „Arzt" sind auf die gleiche sprachliche Wurzel zurückzuführen, auf das lateinische Wort ars, welches „Kunst", im besonderen hier die Kunst der Heilkundigen bedeutet. Vor Zeiten war es der Arzt selbst, der die Arznei bereitete und lieferte. Später ist dieser Teil seiner Tätigkeit auf die Pharmazeuten übergegangen. Jetzt steht der geprüfte und approbierte Apotheker mit seiner Kunst, mit seiner Kenntnis und Erfahrung für die Güte der Arznei ein, mag er sie selbst bereiten oder fertig anschaffen. Er muß auch die angeschafften sachverständig prüfen, aufbewahren und behandeln. Waren, bei deren Bezug es nicht wesentlich auf die Gewähr ankommt, die der Apotheker durch seine Ausbildung und Approbation bietet, sind keine Arzneien, auch wenn sie in der Apotheke geführt werden. Die Erklärung der Pharm. Zeitschr., wonach „alle Mittel chemischer, vegetabilischer oder animalischer Herkunft" Arzneien sein sollen, geht viel zu weit, und die hinzugefügte Einschränkung auf solche Mittel, die „in Arzneiform" dem Körper zugeführt werden, um hier einen „arzneilichen" Effekt auszuüben, ist für die Begriffsbestimmung wertlos, weil sie denselben Begriff, der erst noch erklärt werden soll, zur Erklärung mit verwendet. „Arznei ist ein Mittel in Arzneiform mit arzneilichem Effekt" — das ist eine Wiederholung, nicht eine Erklärung. Heilmittel chemischer, vegetabilischer oder animalischer Herkunft aber (nur das bleibt von der Begriffsbestimmung übrig) sind auch eine heiße Zitronenlimonade zum Schwitzen, eine Kochsalzlösung zum Gurgeln, Hirschtalg zum Einreiben. Niemand wird diese Dinge, wegen deren man sich vertrauensvoll an die Köchin wenden kann, Arzneien nennen, sobald es auf die Unterscheidung von anderen Heilmitteln ankommt, sondern man denkt bei diesem Worte, wie bei dem Worte „Medizin", an den Arzt und den Apotheker und an ihre Wissenschaft. So wird man sagen dürfen: Arzneien im Wortsinne sind nur solche Stoffe und Zubereitungen, die in der ärztlichen Wissenschaft als Heilmittel gelten und, wegen der erforderlichen Gewähr für ihre Güte, aus einer Apotheke bezogen werden.

II. Im Rechtssinn aber würde diese Worterklärung praktisch nicht recht brauchbar sein, weil es zahlreiche Mittel gibt, bei denen es zweifelhaft sein kann, ob für ihren Bezug die Gewähr, die in der Herstellung oder Lieferung durch einen Apotheker liegt, von wesent-

licher Bedeutung ist. Diese Zweifel behebt der Gesetzgeber. Nach § 6 Abs. 2 Gew.Ordg. wird durch Kaiserl. Verordnung bestimmt, welche „Apothekerwaren" (überhaupt, also nicht bloß Heilmittel) dem freien Verkehr zu überlassen sind. Die auf Grund dieser Vorschrift im Laufe der Jahre erlassenen Verordnungen, zuletzt vom 22. Oktober 1901 (RGBl. S. 380) in der Fassung vom 31. März 1911 (RGBl. S. 181), sind den ihnen durch § 6 Abs. 2 Gew.Ordg. gewiesenen Weg in umgekehrter Richtung gegangen, indem sie die Apothekerwaren einzeln bezeichnen, die nur in Apotheken verkauft und feilgehalten werden dürfen; alle anderen sind also dem freien Verkehr überlassen. Dies ist vor allem von gewerbepolizeilicher und strafrechtlicher Bedeutung (zu vgl. § 367 Nr. 3 Str.GB.), aber unrichtig ist die Annahme der Pharm. Zeitschr., daß damit „nur" die Abgrenzung der Verkaufsbefugnisse der Drogisten von denen der Apotheker bezweckt sei. Vielmehr bezweckt die Verordnung neben dem Schutze des Apothekergewerbes auch den Schutz der Allgemeinheit (vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 77 S. 221) durch bestimmte Bezeichnung solcher Waren, bei deren Bezug jene besondere Gewähr für erforderlich erachtet wird, die der approbierte Apotheker bietet. Soweit es sich dabei um Waren handelt, die dem Heilzwecke dienen, sind das eben „Arzneien" in dem unter I entwickelten Wortsinne. Nun sollen allerdings die nach § 6 Abs. 2 Gew.Ordg. im Wege Kaiserl. Verordnung zu erlassenden Vollzugsbestimmungen den Begriff der Arznei nicht allgemein und erschöpfend feststellen (Entsch. des preuß. Oberverwaltungsger. 27 S. 315, 319), sondern es ist, wenn ein Gesetz den Ausdruck verwendet, aus diesem Gesetz heraus, aus dem besonderen Zwecke der einzelnen Vorschrift zu ermitteln, ob nicht dem Ausdruck hier ein besonderer Sinn zukommt. Wo aber ein solcher besonderer Sinn nicht zu ermitteln ist, wird man sagen dürfen, daß der Begriff im Sinne der auf den Schutz der Allgemeinheit abzielenden Bestimmungen verstanden werden muß, daß also für die Abgrenzung gegen andere Heilmittel nur das in der Kaiserlichen Verordnung enthaltene Verzeichnis der Mittel, die nur in Apotheken verkauft oder feilgehalten werden dürfen, maßgebend ist.

III. Im Sinne der Reichsversicherung läßt sich ein hiervon abweichender besonderer Sinn des Wortes Arznei nicht feststellen. Das Krankenversicherungsgesetz bestimmte im § 6, daß als Krankenunterstützung u. a. zu gewähren ist „Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel". Dies wurde aus guten Gründen so ausgelegt, daß die Aehnlichkeit sich auf den Kostenpunkt bezieht, daß also außer den Arzneien auch andere Heilmittel jeglicher Art, aber nur solche zu gewähren sind, die nicht wesentlich mehr kosten als etwa ein Bruchband oder eine Brille. Diese Auslegung bestätigt die Reichsversicherungsordnung, indem sie im § 182 von „Arznei, sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln" spricht. Es ist also unrichtig, wenn die Pharm. Zeitschr. annimmt, es sei im § 182 nur ein Unterschied zwischen Arzneien im Sinne von Mitteln chemischer, vegetabilischer oder animalischer Herkunft und den lediglich mechanischen Hilfsmitteln gemacht. Auch die „anderen kleineren Heilmittel" können chemischer, vegetabilischer oder animalischer Herkunft sein. Die Unterscheidung der Arzneien von den anderen Heilmitteln kann deshalb, beim Mangel eines anderen Anhalts, gemäß den Ausführungen unter II nur aus der Kaiserlichen Verordnung entnommen werden. Dies wurde für das frühere Recht (§ 6 KVG.) schon angenommen von Rosin, Recht der Arbeiterversicherung I S. 380, Hahn, KVG. Anm. 2d zu § 6, Hoffmann, KVG. Anm. 5 zu § 6; Verordg. des Kgl. sächs. Min. des Inn. v. 5. November 1897 (Arb.Vers. 1898 S. 51); ebenso für das jetzige Recht (§ 182 RVO.) von v. Franckenberg, Anm. 5, Hahn, Anm. 5d, Manes-Mentzel-Schulz, Anm. Petersen, Anm. 6, Siefart-Sitzler, Anm. 5, Stier-Somlo, Anm. 8 zu § 182. Anderer Meinung sind: Dannenberg-Haenel-Stempel, Anm. 9d,

Hoffmann, Anm. 6, Olshausen, Anm. 5 zu § 182. Hoffmann stützt die Aenderung seiner früheren Ansicht auf § 375 RVO. Mit Unrecht. Denn diese Vorschrift, auf welche auch die Pharm. Zeitschr. hinweist, bestätigt gerade die entgegengesetzte Ansicht. Nach § 375 kann die Satzung den Vorstand ermächtigen, wegen Lieferung der „Arznei" mit einzelnen Apothekenbesitzern oder -Verwaltern oder, „soweit es sich um die dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel handelt", auch mit anderen, die solche feilhalten, Vorzugsbedingungen zu vereinbaren. Hier ist also (wie übrigens noch im § 376 Abs. 2 und im § 407 Ziff. 2) das Wort „Arzneimittel" in einem weiteren Sinne gebraucht und zu dem vorher verwendeten Worte „Arznei" in einen Gegensatz gestellt, der durch die nähere Bestimmung „dem freien Verkehr überlassene Arzneimittel" gekennzeichnet wird. Danach sind Arzneien im Sinne der RVO. solche Arznei- oder Heilmittel, die nicht dem freien Verkehr überlassen sind, sondern nur in Apotheken verkauft oder feilgehalten werden dürfen.

M. N.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur Versicherungspflicht der Hotelpförtner.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 14. April 1916 (P. 173/15).

Das Oberschiedsgericht hat die Vorentscheidung aufgehoben, die Versicherungspflicht des Hotelpförtners N. nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte verneint und festgestellt, daß N. zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehört. — Gründe:

Nach den auf den übereinstimmenden Angaben des Arbeitgebers und des Angestellten beruhenden Ermittlungen des Rentenausschusses war der Hotelpförtner N. von 1900 bis 1905 Hausdiener in dem Hotel des Arbeitgebers. Seitdem hatte er die Stelle des Hotelpförtners übernommen. Es war eine vierzehntägige Kündigungsfrist vereinbart. Ein schriftlicher Vertrag bestand nicht. Fremde Sprachen beherrschte er nicht. Es wird hervorgehoben, daß er gute Umgangsformen besitze.

Er erhielt kein Gehalt, keine Wohnung und keine Dienstkleidung, sondern lediglich freies Essen, dessen Wert mit 1.50 ℳ für den Tag angegeben wird. Seine Einnahme belief sich unter Hinzurechnung der Trinkgelder im Durchschnitt monatlich auf 200 ℳ. Sein Dienst währte von morgens sieben bis nachts elf Uhr.

Ueber die Größe des Hotels des Arbeitgebers sind keine Feststellungen getroffen. Es ist, wie die Akten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ergeben, ein Oberkellner vorhanden, über dessen Versicherungspflicht gleichfalls Streit besteht. Ferner ist von drei Hausdienern und einem Koch die Rede.

Die Obliegenheiten des N. waren die üblichen eines Hotelpförtners. Er hatte den Eingang zu überwachen, empfing die Gäste und wies ihnen im Vertretungsfall die Zimmer an; auch konnte er auf Befragen die ein für allemal feststehenden Preise nennen, war aber nicht befugt, bindende Abmachungen mit den Gästen zu treffen. Er führte das Fremdenbuch, hatte die Meldezettel für die Polizei auszufüllen und stand den Gästen mit Rat und Auskunft wegen Eisenbahnverbindungen, Sehenswürdigkeiten, Unterhaltungen und dgl. zur Verfügung. Er erteilte Anweisungen an die Hausdiener in bezug auf die Heranschaffung und Fortschaffung des Gepäcks, hatte aber keine Befugnis zu ihrer Annahme und Entlassung oder sonstige Strafgewalt.

Mit der Einkassierung der Rechnungen hatte er nichts zu tun. Er zog vielmehr Gelder nur insoweit ein, als er Auslagen für die Gäste gemacht hatte. Jedoch hatte er den Fernsprecher zu überwachen und für die Berichtigung der Gebühren für etwaige auswärtige Gespräche zu sorgen.

Der Arbeitgeber hebt hervor, der Hotelpförtner sei lediglich ein Dienstbote. Der Angestellte erwähnt, daß er am 25. März 1913 sich eine Lebensversicherung über 5000 ℳ genommen habe und mit Rücksicht auf die Unterhaltspflicht gegenüber seiner Familie nicht imstande sei, auch noch die Beiträge zur Angestelltenversicherung zu leisten, zumal mit Rücksicht auf den schlechten Geschäftsgang des Hotelgewerbes im Kriege.

In Uebereinstimmung mit dem Gutachten des Schiedsgerichts und der Aeußerung der Landesversicherungsanstalt ist die Versicherungspflicht der Tätigkeit des Hotelpförtners R. zu verneinen. Die einzelnen Bestandteile seiner Tätigkeit gehen nicht über dasjenige hinaus, was einem Gewerbegehilfen obliegt. Die Anweisungen an die Hausdiener und deren Ueberwachung bei der Besorgung des Gepäcks stehen eigener körperlicher Tätigkeit so nahe, daß daraus allein eine Versicherungspflicht im Sinne einer gehobenen Tätigkeit nicht hergeleitet werden kann. Auch die Ausfüllung des Fremdenbuchs und der Meldezettel ist eine Tätigkeit, die nicht geeignet ist, den Hotelpförtner aus dem Kreise der bloßen Gewerbegehilfen herauszunehmen. Als Bureauangestellter kommt er nicht in Betracht.

Es kann dahingestellt bleiben, ob in ganz großen Gasthöfen der Pflichtenkreis des Pförtners ein solches Maß von Verantwortlichkeit und Schwierigkeit erreicht, daß eine anderweite Beurteilung angezeigt erscheint. Der vorliegende Fall liegt jedenfalls nicht wesentlich anders als in dem Beschlusse des Oberschiedsgerichts vom 24. Nov. 1915 („Angest.Vers." 1916 S. 35 Nr. 83), in welchem die Versicherungspflicht eines Oberkellners in einem Gasthof mit 14 Zimmern verneint worden ist.

Der Beschwerde ist danach stattzugeben.

B. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung.

Vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Bekanntmachung erlassen:

§ 1. — § 1 Abs. 2 der Bekanntmachung über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) sowie §§ 5, 9 Abs. 1 der Bekanntmachung, betreffend Krankenversicherung bei Ersatzkassen, vom 5. Juli 1916 (RGBl. S. 655) werden aufgehoben.

§ 2. — Bei Anwendung des § 214 Abs. 1 und des § 313 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung ist die Zeit militärischer, Sanitäts- und ähnlicher Dienste, die während des gegenwärtigen Krieges dem Reiche oder einer ihm verbündeten Macht geleistet worden sind, auf die Zeit vor dem Ausscheiden aus der Versicherung nicht anzurechnen.

Das gleiche gilt für die Dauer der Erwerbslosigkeit bis zu sechs Wochen, die in die ersten sechs Wochen nach der Rückkehr aus solchen Diensten in die Heimat fällt.

§ 3. — Diese Vorschrift tritt mit dem Tage ihrer Verkündung in Kraft.

Anmerkung:

Zum Verständnis der vorstehenden Vorschriften sei folgendes bemerkt:

Zu § 1. — Nach § 3 des Gesetzes, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 394, Arb.Vers. 1914 S. 567) haben Versicherungsberechtigte, deren Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO. (durch zweimalige Beitragssäumnis) erloschen ist, das Recht, binnen sechs Wochen nach ihrer Rückkehr in die Heimat in die Krankenversicherung wieder einzutreten, wenn sie während des gegenwärtigen Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben. Das gleiche Wiedereintrittsrecht gilt nach § 1 der Bek. vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49, Arb.Vers. 1915 S. 104) auch für diejenigen, welche zur Zeit ihres Eintritts in Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste für das Reich oder die österreichisch-ungarische Monarchie zwar gemäß § 313 RVO. zur Weiterversicherung berechtigt waren, von dieser Berechtigung aber keinen Gebrauch gemacht haben (Abs. 1), jedoch mit der Maßgabe, daß die Kasse die Beitretenden ärztlich untersuchen lassen kann und der Versagung der Kassenleistung für eine bereits besteht, für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung begründet (Abs. 2). Entsprechendes hinsichtlich der ärztlichen Untersuchung und der Versorgung der Kassenleistung für eine bereits bestehende Krankheit ist durch die §§ 5, 9 Abs. 1 der Bek. v. 5. Juli 1916 (RGBl. S. 655, Arb.Vers. 1916 S. 497) für diejenigen Kriegsteilnehmer vorgesehen, die von dem Rechte der Fortsetzung ihrer vollberechtigten Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse oder von dem Rechte des Wiedereintritts (nach §§ 1, 7 derselben Bek.) Gebrauch machen. Diese beschränkenden Vorschriften werden durch § 1 der vorliegenden Bekanntmachung aufgehoben, so daß fortan sämtliche Kriegsteilnehmer, sowohl bei den Pflichtkassen wie bei den Ersatzkassen, auch für Krankheiten, die beim Wiedereintritt in die Versicherung bereits bestanden, den Anspruch auf die satzungsmäßigen Kassenleistungen haben.

Zu § 2 Abs. 1. — Der Anspruch erwerbslos Ausscheidender auf die Regelleistungen der Kasse nach näherer Vorschrift des § 214 RVO. setzt voraus, daß der Ausscheidende,

in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert war.

Die gleiche Voraussetzung gilt nach § 313 RVO. für das Recht zur freiwilligen Weiterver-

sicherung derjenigen Personen, die aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden. Durch § 2 Abs. 1 der vorliegenden Bekanntmachung soll dafür gesorgt werden, daß denjenigen Kriegsteilnehmern, die nach der Rückkehr in die Heimat zunächst wieder versicherungspflichtig arbeiten, dann aber bald aus der Versicherung ausscheiden, kein Nachteil aus der Kriegsdienstzeit erwächst, indem diese nicht zu ihren Ungunsten auf die in den §§ 214, 313 RVO. vorgesehenen Zeiträumen angerechnet werden soll. Das heißt: der Zeitraum von zwölf Monaten vor dem Ausscheiden, innerhalb dessen mindestens 26 Wochen der Versicherung liegen müssen, verlängert sich um diejenigen Zeiten, in denen der Ausgeschiedene Kriegsdienste geleistet hat; und entsprechend gelten die sechs Wochen der Versicherung, welche unmittelbar vor dem Ausscheiden liegen, also zusammenhängend verlaufen müssen, als nicht unterbrochen durch solche Zeiten, in denen der Ausgeschiedene Kriegsdienste geleistet hat.

Zu § 2 Abs. 2. — Diese Vorschrift berücksichtigt den Umstand, daß der Versicherte vielleicht nicht sogleich nach der Rückkehr Arbeit findet. Deshalb sollen Zeiten der Erwerbslosigkeit bis zur Höchstdauer von sechs Wochen nach der Rückkehr in die Heimat, in gleicher Weise wie nach Abs. 1 die Zeit des Kriegsdienstes selbst, nicht zu Ungunsten des Kriegsteilnehmers angerechnet werden.

Zu § 3. — Die Bekanntmachung ist am 17. November 1916, als dem Tage der Ausgabe der Nr. 261 des Reichs-Gesetzblatts, in Kraft getreten. Die Vorschrift des § 1 wird für alle Anträge zu gelten haben, über die nicht schon vor dem 17. November 1916 rechtskräftig entschieden ist. Da der Bescheid, durch den eine Kasse den Antrag auf Gewährung von Kassenleistungen wegen einer bereits beim Wiedereintritt bestehenden Krankheit abgelehnt hat, nicht rechtskräftig wird, kann der Antrag jetzt unter dem neuen Recht erneuert und von der Kasse nicht mehr aus dem vorerwähnten Grunde abgelehnt werden. Entsprechend wird § 2 der Bekanntmachung auf alle noch nicht durch rechtskräftige Entscheidung erledigten Ansprüche aus § 214 RVO. oder Anträge aus § 313 RVO. anzuwenden sein.

Anspruch auf Reisekosten als Kosten der Krankenpflege?

Entsch. des **Versicherungsamts der Stadt Kiel** vom 17. Oktober 1916.

Die am 22. September 1898 geborene Klägerin erkrankte am 15. Juli 1916 in Kiel, wo sie als Stütze beschäftigt und demgemäß Pflichtmitglied der beklagten Ortskrankenkasse war, arbeitsunfähig an einer Knieentzündung und wurde deswegen am 19. Juli für Rechnung der Kasse in der Chirurg. Klinik in Kiel operiert. Sie behauptet, sie sei vom Arzt wegen Platzmangels aus der Klinik entlassen und nach Hause zu ihren Eltern geschickt worden, die in Elmshorn wohnen. Der Arzt habe ihr eine Bescheinigung über Urlaub nach Elmshorn gegeben, mit dieser sei ihre Mutter zur Beklagten gegangen, habe aber einen solchen Anspruch nicht erhoben, hat aber deren Räume geschlossen gefunden, und sei daher mit ihr, die allein zu reisen nicht imstande gewesen sei, nach Elmshorn gefahren. Am 27. Juli sei sie dann, wieder in Begleitung ihrer Mutter, da sie allein noch nicht habe reisen können, zur Nachuntersuchung nach Kiel in die Klinik gefahren; ihre Mutter habe dann bei der Beklagten Erstattung der Reisekosten beantragt, diese habe das aber abgelehnt und sie in das städtische Krankenhaus eingewiesen, so daß ihre Mutter habe allein nach Hause fahren müssen. Sie berechnet die Reisekosten für sich und die Mutter (im einzelnen), und zwar für den 17. Juli auf zusammen 10,45 ℳ und für den 27. Juli auf zusammen 11,45 ℳ und verlangt Verurteilung der Kasse zur Zahlung von 21,90 ℳ.

Die Kasse hat Abweisung beantragt und geltend gemacht: Die Klägerin sei lediglich auf eigenen Wunsch, gegen den der Arzt nichts einzuwenden gehabt habe, nach Elmshorn gefahren, ohne sich mit der Kasse wegen der Genehmigung zur Abreise und der Uebernahme der Transportkosten in Verbindung zu setzen. Selbstverständlich könnten die Kassenräume nicht zu jeder Stunde geöffnet sein. Bei Platzmangel würde die Klinik die Klägerin der städtischen Krankenanstalt für Kassenrechnung überwiesen haben. Die Reise sei lediglich auf Grund des Eingreifens der Mutter erfolgt, ohne Ermächtigung oder Zustimmung der Kasse.

Eine Anfrage des Versicherungsamts in der Klinik hat zu folgender Auskunft des Arztes geführt: Die in Frage stehende Operation werde stets ambulant ausgeführt, wenn nicht etwa besondere Gründe, die hier nicht vorgelegen hätten, dagegen sprächen. Vom ärztlichen Standpunkt aus habe die Klägerin mithin, wie es ihr beliebte, in ihre Wohnung in Kiel oder zu ihren Eltern nach Elmshorn — letzteres freilich nur in Begleitung — zurückkehren können; sie hätte auch in das städtische Krankenhaus verlegt werden können. Wofür sie sich entscheiden wolle, habe sie mit der Kasse abmachen müssen.

Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen aus folgenden G r ü n d e n:

Die minderjährige Klägerin verlangt, vertreten durch ihren Vater, Ersatz der Reisekosten unter dem Gesichtspunkt ergänzender Leistungen der Krankenpflege. Gegen die Erhebung der Klage durch den gesetzlichen Vertreter ist nichts einzuwenden; das selbständige Antragsrecht der Klägerin nach § 1650 RVO. schließt die Wahrnehmung ihrer Rechte durch den Vater nicht aus. Ihr Anspruch ist aber nicht begründet. Mag es allenfalls Sache der Krankenkasse sein, die Kosten des Transports des Kranken zur Erlangung der ersten ärztlichen Hilfe zu tragen, die Kosten der Rückkehr in seine Wohnung oder zu seiner Familie zum Zwecke der Pflege, gehören keinesfalls mehr zur Krankenpflege, sondern lediglich in den Bereich der Privatwirtschaft des Kranken, ebenso wie die Fürsorge für seinen Unterhalt während der Krankheit; als Beihilfe dafür erhält der arbeitsunfähig Kranke, wenn nicht Krankenpflege gewährt wird, ja eben das Krankengeld (vgl. H a h n, Handb. § 182 RVO. Anm. 4c am Ende). Vielleicht hätte die Klägerin gemäß § 437 RVO. A n s p r u c h auf Krankenhauspflege gehabt; sie hat

vielmehr, offenbar sei es von sich aus oder auf Betreiben der Mutter, nach Hause wollen; daß sie wegen Platzmangels nach Hause geschickt worden sei, trifft nach den Feststellungen nicht zu. Ob die Beklagte überhaupt befugt gewesen wäre, nach vorgängiger Verständigung die Reisekosten zu übernehmen, etwa weil Zahlung von Krankengeld und Reisekosten für sie nicht teurer würde als Krankenhauspflege, ist hier nicht zu entscheiden; eine Verständigung ist darüber eben nicht getroffen und die Beklagte lehnt jetzt eine solche ab; das Recht dazu läßt sich ihr nicht bestreiten. Damit entfällt der Anspruch auf die Reisekosten vom 19. Juli.

Etwas anders liegt die Sache bezüglich der Kosten vom 27. Juli. Man wird annehmen dürfen, daß die Klägerin an sich befugt war, den Kassenbezirk zu verlassen und — aber eben auf eigene Kosten — in ihr Elternhaus als ihre natürliche Zufluchtsstätte zurückzukehren, und daß alsdann Elmshorn für die Beklagte Erfüllungsort in dem Sinne wurde, daß sie nunmehr in Elmshorn Krankenpflege zu gewähren hatte (Hahn, Handb. § 184 Anm. 10a). Die Klägerin hat nun aber Krankenpflege eben nicht in Elmshorn in Anspruch genommen, sondern weiter in der Klinik in Kiel, ohne sich wegen der dadurch entstehenden Reisekosten mit der Beklagten in Verbindung zu setzen, wozu in der Zwischenzeit vom 19. Juli bis zum 27. Juli Zeit genug gewesen wäre. Sie muß dann die Mehrkosten, die ihr durch ihre eigenen Dispositionen entstanden sind, auch selbst tragen. Billigkeitsgründe, die vielleicht für die Uebernahme dieser an sich nach der durch die Rückkehr geschaffenen Lage vielleicht zur Vermeidung eines Arztwechsels nicht unsachgemäßen Aufwendungen auf die Kasse sprechen könnten, können der reinen Rechtslage gegenüber zu einer der Klägerin günstigen Entscheidung auch bezüglich dieser Kosten nicht führen.

Ersatzanspruch des Armenverbandes bei Beschränkung der Familienhilfe durch die Kassensatzung.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Oppeln** vom 22. August 1916.

Dem Vorderrichter ist darin beizutreten, daß den Armenverbänden gemäß §§ 1531, 1544 RVO. an sich ein Ersatzanspruch unter den von der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Voraussetzungen auch gegen knappschaftliche Krankenkassen, mithin auch gegen den Beklagten zusteht. Diese Voraussetzungen sind aber im vorliegenden Falle, wie der Vorderrichter weiterhin ohne Rechtsirrtum ausführt, nicht gegeben.

Es handelt sich hier in erster Linie um einen Streit über einen Ersatzanspruch aus § 1531 RVO., der nach §§ 1540, 1544 a. a. O. im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung zu entscheiden ist, auch hinsichtlich der knappschaftlichen Krankenkassen. Hierbei ist auch die Frage zu prüfen und zu entscheiden, ob überhaupt ein Anspruch gegen den Knappschaftsverein gegeben ist.

Der Anspruch besteht nach § 1531 a. a. O. nur für eine Zeit, für welche der unterstützte Hilfsbedürftige einen Anspruch nach der Reichsversicherungsordnung hatte, und nur bis zur Höhe dieses Anspruchs. Der Frau Sch. steht aber ein Anspruch gegen die knappschaftliche Krankenkasse nicht zu, auch nicht ein solcher auf freie ärztliche Behandlung, wie der Kläger behauptet. Da die Frau Sch. nicht selbst Mitglied der Krankenkasse ist, sondern nur ihr Ehemann, so würde ihr ein Anspruch gegen die Kasse nur auf Grund der Bestimmungen über die Familienhilfe zustehen. Diese Leistung gehört nach §§ 179, 205 a. a. O. nicht zu den Regelleistungen; es steht im Belieben der Krankenkassen, ob sie durch ihre Satzungen Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten zubilligen wollen.

Die Beklagte hat im § 34 ihrer Satzung von dieser Befugnis Gebrauch gemacht und die Familienhilfe, allerdings unter bestimmten Einschränkungen, vorgesehen. Diese einschränkenden Bestimmungen, nach denen die freie ärztliche Behandlung nur innerhalb eines Kurbezirks und nur durch den vom Knappschaftsvorstand angestellten Bezirksarzt zulässig ist, der für den Kurbezirk des Wohnorts oder Aufenthaltsorts des Berechtigten zuständig ist, schließen im vorliegenden Falle den Anspruch gegen die Kasse aus.

Diese Bestimmungen halten sich auch innerhalb des Rahmens der der Kasse verliehenen Befugnis, durch ihre Satzung das Maß und die Art der Leistung zu bestimmen.

Der Einwand des Klägers, daß diese einschränkenden Bestimmungen auf die Ersatzansprüche der Armenverbände keine Anwendung fänden, ist nicht stichhaltig; die gesetzlichen Vorschriften sehen keine Ausnahme nach dieser Richtung hin vor.

Da also der Berechtigten ein Anspruch auf Familienhilfe gegen die Kasse nicht zusteht, fehlt es an der Voraussetzung für die Geltendmachung eines aus diesem Anspruche abgeleiteten Ersatzanspruchs des Klägers gegen den Beklagten, weshalb wie geschehen zu entscheiden war.

Anmerkung: Dieser Entscheidung, die wir dem „Kompaß" (1916 S. 182) entnehmen, ist darin unbedenklich beizutreten, daß eine an sich gültige satzungsmäßige Beschränkung des Anspruchs auf Familienhilfe auch gegenüber dem Ersatz fordernden Armenverbande gelten muß. Sehr bedenklich aber ist die Entscheidung, insofern sie die Beschränkung der Familienhilfe auf einen bestimmten örtlichen Bezirk für gültig ansieht, obwohl hierdurch doch ersichtlich eine unzulässige Ungleichheit in der Be-

handlung der Mitglieder bewirkt wird. Zu vgl. hier Heft 26 S. 608, 609.

Landesrechtliche Dienstbotenversicherung nach § 440 Abs. 1 RVO. gilt nicht der Reichsversicherung im Sinne des § 195 gleich.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 29. Mai 1916 (2224 Amtl. Nachr. 1916 S. 577).

Die Auffassung des Versicherungsamts ist zutreffend. Die Entscheidung über den Anspruch hängt von der Beantwortung der Frage ab, welche Bedeutung der Versicherung der Klägerin bei der städtischen Krankenversicherung für Dienstboten in M. beizulegen ist. Mit dieser Versicherung ist landesrechtlich für Dienstboten eine Fürsorge getroffen, auf Grund deren die Landesregierung bestimmt hat, daß Dienstboten nach der Reichsversicherungsordnung versicherungsfrei sind. Es fragt sich, ob die Klägerin infolge ihrer Zugehörigkeit zu der städtischen Krankenversicherung der Dienstboten in M. als auf Grund der Reichsversicherung versichert im Sinne des § 195 Abs. 1 RVO. gelten kann. Nur bei Bejahung dieser Frage hat die Klägerin die a. a. O. vorgesehene sechsmonatige Wartezeit erfüllt. Diese Frage ist jedoch zu verneinen. Wie das Versicherungsamt zutreffend hervorgehoben hat, sind die „Versicherungsfreien" schon im Hinblick auf den Wortlaut den auf Antrag der Arbeitgeber durch den Kassenvorstand von der Zugehörigkeit zur Kasse „Befreiten", insbesondere den Dienstboten und landwirtschaftlichen Arbeitern, nicht gleichzustellen. Sie stehen vielmehr den in §§ 169 ff. bezeichneten Personen gleich. Daher kann die Anwendbarkeit des § 195 auf die Versicherungsfreien nach § 440 Abs. 1 nicht daraus gefolgert werden, daß der § 195 für die nach §§ 419, 435 Befreiten gilt. Auch die Begründung zu § 210 des Entw. einer RVO. (§ 195 des Gesetzes) stützt diese Auffassung. Dort wird auf S. 159 ausgeführt, daß die Fassung „auf Grund der Reichsversicherung" die nicht ganz vollständige Fassung des § 20 Abs. 1 Nr. 2 KVG. ergänze. Nach der zuletzt bezeichneten Vorschrift war die Gewährung der Unterstützung an Wöchnerinnen von einer sechsmonatigen Zugehörigkeit zu einer auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes errichteten Kasse oder einer Gemeindekrankenversicherung abhängig gemacht. Zur Anrechnung solle künftig auch die Zeit der Mitgliedschaft bei Innungs- und Ersatzkassen gelangen. Die knappschaftlichen Krankenkassen stelle der Entwurf in diesem Punkte ausdrücklich gleich. Hieraus läßt sich, wie das Versicherungsamt ebenfalls zutreffend bemerkt hat, entnehmen, daß die Reichsversicherungsordnung eine Ergänzung der bis dahin gültigen Vorschriften nur in der Richtung gebracht hat, daß auch die Zeiten der Mitgliedschaft bei Innungskrankenkassen, Ersatzkassen und knappschaftlichen Krankenkassen zur Anrechnung gelangen. Von Fürsorgeeinrichtungen nach § 440 RVO. ist dagegen keine Rede. Hiernach erwies sich der Anspruch als unbegründet. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Berechnung der Handverkaufsartikel für die Krankenkassen.

Erlasse des **preuß. Ministers des Innern** a) vom 12. Mai 1916 und b) vom 30. August 1916.

a)

Aus wiederholt an mich gelangten Beschwerden geht hervor, daß in einzelnen Fällen Apotheken den Krankenkassen für Handverkaufsmittel höhere Preise in Rechnung gestellt haben als andern Käufern. Ein solches Verfahren läßt sich mit dem Zweck der auf Grund des § 376 RVO. getroffenen Festsetzungen nicht vereinen. In Ergänzung meines Runderlasses vom 5. 6. 13 (Min.Bl. 1913 S. 200) bestimme ich daher, daß in den Apotheken Arzneien und einzelne Arzneimittel für Krankenkassenmitglieder nicht zu höheren als den für die übrige Bevölkerung üblichen Preisen berechnet werden dürfen. Ich ersuche ergebenst, dies in einer Nachtragsbekanntmachung zu der für den dortigen Bezirk festgesetzten Handverkaufsliste besonders zum Ausdruck zu bringen.

b)

Die Anordnung vom 12. Mai d. Js. (oben zu a), welche mit den Absichten des § 376 RVO. im Einklange steht, ist getroffen worden, damit sie in den Bekanntmachungen der höheren Verwaltungsbehörden über die Festsetzung der Handverkaufslisten für Krankenkassen (Abs. 2 a. a. O.) gleichmäßig zum Ausdruck gebracht wird. Eine solche Bestimmung hat sich als notwendig erwiesen, nachdem einzelne Apothekenvorstände dazu übergegangen waren, den Krankenkassen für Arzneimittel höhere Preise zu berechnen als den übrigen Abnehmern. Die zwischen den Kassen und den Apothekern bestehenden besonderen Vereinbarungen bleiben soweit unberührt, als sie den getroffenen Festsetzungen nicht zuwiderlaufen.

Anmerkung:

Die „Betriebskrankenkasse" (Nr. 20) bemerkt hierzu: „In Apothekerkreisen wird die Ansicht vertreten, daß der Erlaß nur für diejenigen Regierungsbezirke gelten solle, in denen die Handverkaufspreise durch Bestimmung eines Abschlages von den Preisen der Arzneitaxe festgesetzt werden, und zwar nur für diejenigen Mittel, die nicht in der Arzneitaxe aufgeführt sind, sofern nicht von den Kassen und Apothekern Vereinbarungen getroffen sind. Wir können diese einschränkende Auslegung des Erlasses nicht als richtig ansehen. Manche höheren Verwaltungsbehörden

sind unserer Ansicht und haben die Festsetzung des Erlasses in ihre Bestimmungen gemäß § 376 Abs. 2 RVO. allgemein übernommen." —

Wir stimmen der Auffassung der „Betriebskrankenkasse" zu. Ausdrücklich verweist der Erlaß vom 30. August (oben zu b) auf § 376 Abs. 2 RVO., nicht auf Abs. 1. Er bezieht sich also auf alle einfachen Arzneimittel, welche sonst ohne ärztliche Verschreibung (im Handverkauf) abgegeben zu werden pflegen, und das können auch Mittel sein, die unter die Arzneitaxe fallen (Hahn, Handb. d. Kr.Vers. Anm. 3 zu § 376).

Sind Kostümnäherinnen, die in der Wohnung der Kunden arbeiten, selbständige Gewerbetreibende.

Entsch. a) des **Versicherungsamts der Stadt Bonn** vom 19. April 1916, b) des **Königlichen Oberversicherungsamts Cöln** vom 23. Oktober 1916.

a)

Die Näherin W., welche in den Wohnungen ihrer Kunden gegen einen Lohn von 2,50 ℳ bis 3,00 ℳ für den Tag und freie Kost Näharbeiten verrichtet, Kostüme anfertigt usw., war bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse B. als unständig Beschäftigte versichert. Die Stadt B., als zahlungspflichtiger Gemeindeverband für die Beitragsteile der Arbeitgeber (§ 453 RVO.), bestritt die Versicherungspflicht, weil die Kostümnäherin als selbständige Gewerbtreibende anzusehen sei. Die Allgemeine Ortskrankenkasse B. hält die W. für eine versicherungspflichtige Lohnarbeiterin; denselben Standpunkt nimmt die W. selbst ein. — Das Versicherungsamt entschied im entgegengesetzten Sinn aus folgenden Gründen:

Nach § 165 RVO. sind Arbeiter krankenversicherungspflichtig. Im vorliegenden Falle ist zu prüfen, ob die W. hierzu zu rechnen ist. — Ziff. 60 der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912 sagt, daß Näherinnen versicherungspflichtig sind, soweit sie nicht als Schneiderinnen unter die Betriebsunternehmer zu rechnen sind. In der Ausdrucksweise macht das Reichsversicherungsamt hier schon einen deutlichen Fingerzeig für keine schematische Behandlung dieser Personengruppen. Unter Näherinnen sind die in der Wohnung der Kunden arbeitenden weiblichen Personen zu verstehen, die abgesehen von einer 2—3jährigen Lehrzeit ohne weitere Ausbildung mechanisch Näharbeiten jeder Art, (Weiß- und Buntnähen, Flicken usw.) verrichten. Unter Schneiderinnen fallen diejenigen Personen, die vorgebildet und befähigt sind, Kostüme anzufertigen.

Zweifellos ist zwischen beiden Personengruppen ein wohl zu unterscheidendes Merkmal zu beachten. Die Schneiderinnen stehen in der Art ihrer Tätigkeit und entsprechend ihren Fähigkeiten im Berufe, auf einer höheren Stufe der Leistungsfähigkeit, die sie instand setzt, sowohl zu Hause in Gemeinschaft mit von ihnen angenommenen „Nähmädchen" Kostüme anzufertigen, oder solche in der Wohnung des Auftraggebers herzustellen, wobei dann die Hausfrau selbst oder sonstige Personen (Töchter oder Verwandte) helfend mitwirken. Die Hilfskräfte leisten dann eben die Arbeit der sog. Nähmädchen. Das Zuschneiden, Anprobieren, besorgt die Schneiderin selbst; ebenso leitet sie die ganze Herstellung des Kleidungsstückes und entscheidet über die Art der Anfertigung und gibt sachkundigen Rat über den Ankauf von notwendigen Zutaten usw.

Aus der bloßen Tatsache, daß die Arbeiten „im Hause der Kundschaft" hergestellt werden, Krankenversicherungspflicht gemäß Ziff. 60 Nr. 1 der Anleitung des RVA. schlechthin anzunehmen, ist verfehlt. Das Wesen der Tätigkeit ist maßgebend. Der Unterschied stellt selbständige Gewerbetreibende dar, die sich aus dem Kreise der arbeitenden Klasse abheben. Im ganzen Umfange treffen diese Merkmale auf die W. zu.

Auch wirtschaftliche Gründe sprechen hier für die Hausarbeit beim Kunden mit; z. B. bequemere und billigere Herstellung des Kostüms durch die Mitarbeit der Hausfrau und ihrer Töchter; ferner die billigere Wohnung der Schneiderin, die durch ihre Hausarbeit bei der Kundschaft nicht gezwungen ist, eine größere Wohnung zu mieten, es kann z. B. das Empfangs- und Anprobezimmer gespart werden; endlich die Schwierigkeit, eine dem Kreise der Kundschaft entsprechende Wohnung zu finden, da das fortlaufende tägliche Nähen in einer Etagenwohnung unliebsame Störungen für die darunter Wohnenden im Gefolge hat. Im letzteren Falle wäre die Kostümnäherin gezwungen, in solche Stadtteile zu ziehen, in denen sie zur Vermeidung des öfteren Wohnungswechsels, der keinesfalls im Interesse der Erhaltung des Kundenkreises liegen würde, diese Befürchtungen nicht zu haben braucht.

Nicht zu verkennen ist ferner der Umstand, daß den Herrschaften das Arbeiten in ihrer Wohnung bequemer, billiger und lieber ist. Sie kann ständig bei der Anfertigung Wünsche berücksichtigen lassen und spart Wege zur Anprobe usw. Der Umstand, daß die Schneiderin sich dem Haushalte anpaßt und an bestimmten Tagesstunden erscheint, spricht keineswegs für Aufgabe der Selbständigkeit. Diese Tagesstundenarbeit deckt sich mit der regelmäßigen Tätigkeit jedes Meisters und hindert die Schneiderin keineswegs hiervon abzugehen. Alle diese Gründe ändern am Wesen der Selbständigkeit der Kostümnäherin nichts; sie sind Begleiterscheinungen des Anpassens der Schneiderin an wirtschaftliche Forderungen des täglichen Lebens und vor allem an die heutige Mode liebende Zeit.

Der Beschluß-Ausschuß hält daher die W., die früher ein sogenanntes „Atelier" hatte, und ihre immer schon vorhandene Selbständigkeit in nur etwas geänderter keinen Ausschlag gebender Form aufrecht erhielt, für eine selbständige Gewerbetreibende.

Die Versicherung als unständige Arbeiterin ist daher zu Unrecht erfolgt und der Anspruch auf Erstattung der Versicherungsbeiträge gerechtfertigt.

b)

Das Oberversicherungsamt hat auf Beschwerde der Allgemeinen Ortskrankenkasse die Entscheidung des Versicherungsamts aufgehoben und die Kostümnäherin W. als unständig Beschäftigte für versichert erklärt aus folgenden Gründen:

Es steht fest, daß die Kostümnäherin weder eine eigene Werkstätte noch eigene Lehr- oder Hilfskräfte noch eigene Materialien hat. Sie arbeitet vielmehr gegen Taglohn von 2,50 ℳ bis 3 ℳ und freier Kost in den Wohnungen ihrer Kunden auf jedesmalige Bestellung und fertigt dort Kostüme an, zu denen die Arbeitgeber die Stoffe selbst geben. Sie arbeitet nicht alle Tage in der Woche und verdient als Lohn 10 bis 15 ℳ in der Woche.

Wenn die W. auch zu den besser ausgebildeten Schneiderinnen gehört, so fehlt es ihr doch im großen und ganzen an den Haupterfordernissen einer selbständigen Gewerbetreibenden, an einem Unternehmergewinn und einem selbständigen gewerblichen Betriebe. Ihre Tätigkeit bei ihren verschiedenen Kunden stellt sich vielmehr als die einer gelernten besseren Schneiderin dar, die im Taglohn arbeitet. Sie gehört daher in den Kreis der unständig Beschäftigten.

Fortdauer der Versicherungspflicht bei Einziehung zum Kriegsdienst.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Cöln** vom 9. August 1916

Es steht, nach Auskunft des Vorsitzenden der Sparkasse vom 19. Mai 1916 gegenüber dem Versicherungsamt, fest, daß der Kassengehilfe bei der Spar- und Darlehnskasse des Landkreises B., Heinrich B., bei Kriegsbeginn am Sonnabend, den 1. August 1914, noch bei der genannten Sparkasse in seiner bisherigen Stellung in Tätigkeit war. Er hat dann am gleichen Tage sich am Abend noch beim Bezirkskommando gemeldet und trat am 2. August 1914 infolge der Mobilmachung beim Heere ein. Einige Tage nach seiner Einberufung erhielt er 4 Mark Entgelt ohne sein Zutun von der Sparkasse für den 1. August 1914. Später erhielt er sein volles Monatsgehalt für Juli 1914 von 120 Mark nachträglich am 15. August 1914 von der Sparkasse und hinterher gleichfalls ohne sein Zutun das halbe Monatsgehalt für August 1914, wobei ihm die für 1. August bereits gezahlten vorgenannten 4 Mark angerechnet wurden. Erst am 14. August 1914 wurde B. und zwar mündlich bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu B. vonseiten der Sparkasse und zwar nach Benehmen mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu B. abgemeldet mit dem Hinzufügen, die Abmeldung solle bereits für den 31. Juli 1914 rückwirkend gelten. Eine Kündigung des B. war von keiner Seite erfolgt.

Durch Auskunft des Vorsitzenden der Spar- und Darlehnskasse zu B. vom 20. März 1915 gegenüber dem Versicherungsamt ist ferner festgestellt, daß der B. für den Fall, daß er aus dem Felde zurückkehre, seine Stelle bei der Kreissparkasse offen gehalten werde. Eine fernere Auskunft des Vorsitzenden der Sparkasse vom 15. April 1915 an das Königliche Versicherungsamt C. besagt, daß der Kassengehilfe B. auf unbestimmte Zeit als beurlaubt zum Heeresdienst betrachtet wurde.

Am 24. August 1914 wurde der Kassengehilfe B. vor dem Feinde verwundet und arbeitsunfähig. Da die Krankenkasse die Leistungen, da nach ihrer Meinung eine Verpflichtung aus § 214 RVO. nicht vorlag, weil vermeintlich B. bereits am 31. Juli 1914 aus der Kasse ausschied, verweigerte, so beantragte der Vater des Kriegsverletzten in dessen Vertretung Entscheidung über das Versicherungsverhältnis betreffs des in Frage stehenden Zeitraumes. Das vom Oberversicherungsamt hierauf mit der Entscheidung beauftragte Versicherungsamt hat das Versicherungsverhältnis des Kriegsbeschädigten B. für die Zeit vom 1. bis 15. August 1914 verneint.

Diesem Standpunkt konnte diesseits nicht beigepflichtet werden. Die Abmeldung mit rückwärtiger Datierung hat selbstverständlich keinerlei rechtliche Bedeutung. Nach obigem unterliegt es keinem Zweifel, daß eine tageweise Beschäftigung mangels besonderer Abmachungen nicht vorlag, sondern ein Monatsdienstverhältnis. Dafür spricht insbesondere die Zahlung des Gehalts in Monatsbeträgen von 120 Mark. B. hatte in dem neuen Monat August 1914 seinen Dienst tatsächlich am 1. August noch verrichtet, eine Kündigung war bei seinem Eintritt in das Heer nicht erfolgt, und auch anderweit nicht vorgesehen. Eine Kündigung hätte auch für den Monat August keinerlei rechtliche Wirksamkeit mehr haben können. Er war also Kraft seines Dienstverhältnisses weiter bei der Kasse für August jedenfalls versichert. Hieran konnte, wie erwähnt, die übrigens nicht einmal vorschriftsmäßige mündliche Abmeldung vom 14. August 1914 mit angeblicher rückwirkender Kraft ab 31. Juli 1914 nichts ändern, zumal B. am 1. August 1914 noch tatsächlich seinen Dienst verrichtet hatte und rechtlich das Dienstverhältnis jedenfalls den August 1914 hindurch weiterbestand.

Beginn der Erkrankung im versicherungsrechtlichen Sinne bei einem Epileptiker.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) vom 26. Januar 1916.

Das Oberversicherungsamt hat ohne Rechtsirrtum festgestellt, daß die Vorschrift des § 214 RVO., auf die allein der Anspruch gegen die Beklagte gestützt werden kann, nicht anwendbar ist. Die versicherungspflichtige Beschäftigung des Hausdieners M. hat am 10. Januar 1914 aufgehört. Erst länger als drei Wochen nach diesem Tage, nämlich am 12. Februar 1914, ist er auf Veranlassung des Klägers in Anstaltspflege gebracht worden. Gegenüber der Aeußerung des Dr. H. des Anstaltsarztes vom 7. Dezember 1914, auf die sich der Kläger beruft, und wonach die Krankheit des M. schon am 26. Januar 1914 in Heilbehandlung erforderndem Maße bestanden hat, hat das Oberversicherungsamt hervorgehoben, daß es sich bei der Epilepsie, an der M. leidet, um eine Dauerkrankheit handelt und daß der hier in Betracht kommende Zeitpunkt des Beginns einer Erkrankung im Sinne der Krankenversicherung erst in einer plötzlichen Häufung der Anfälle gefunden werden könne, daß aber eine solche Verschlimmerung des Zustandes zu einem vor dem 12. Februar 1914 liegenden Zeitpunkt nicht erwiesen sei.

Befreiung von der Krankenversicherungspflicht (RVO. §§ 170, 171).

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 12. Oktober 1916 (HMBl. S. 376).

Auf Grund des § 110 der Reichsversicherungsordnung übertrage ich die Entscheidung über Anträge gemäß §§ 170, 171 a. a. O. auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht den Regierungspräsidenten, für den Stadtkreis Berlin dem Oberpräsidenten in Potsdam.

Rechnungsnachweisungen der Krankenkassen für 1917.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 12. Oktober 1916 (HMBl. S. 376).

In Uebereinstimmung mit dem Herrn Reichskanzler genehmige ich, daß die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen auch für das Jahr 1917 an Stelle der nach § 30 der Bekanntmachung über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen vom 9. Oktober 1913 (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich S. 1009) vorgesehenen Nachweisungen lediglich den Rechnungsabschluß, die Vermögensnachweisung und die Mitgliedernachweisung — Muster 1, 2, 3 a und 3 b — einreichen.

Für das Krankengeld ist nur der richtige, nicht der irrig den Beiträgen zu Grunde gelegte Lohn maßgebend.

Entsch. des **K. Oberversicherungsamtes Schleswig** vom 1. September 1916 (28 K).

In der Vorentscheidung ist zutreffend ausgeführt, daß sich die Höhe des zu zahlenden Krankengeldes nach dem tatsächlich bestehenden Lohnverhältnis richtet, und der Versicherte die baren Leistungen einer Krankenkasse nur nach Maßgabe derjenigen Lohnklasse beanspruchen kann, in die er nach seinem Lohnverhältnis tatsächlich gehört. (Zu vgl. Hoffmann Komm. zum 2. Buch der RVO. S. 159 Abs. 3 der Anm. 7 zu § 180 RVO., Hahn Handb. der Krankenvers. Anm. 1 u. Anm. 3 Abs. 2 zu § 180 RVO.). Da Berufungsklägerin nur einen tatsächlichen Verdienst von monatlich 14 ℳ und nicht wie irrtümlich seitens der Allgem. Ortskrankenkasse Bl. angenommen, von wöchentlich 14 ℳ hat, kann sie auch nur Anspruch auf Zahlung von Krankengeld nach der Lohnstufe I verlangen. Auch § 18 Abs. II der Kassensatzung schreibt vor, daß jedes Kassenmitglied nach seinem Arbeitsverdienste einer bezüglichen Lohnstufe zugeteilt wird. Ist eine solche Ueberweisung irrtümlich in eine zu hohe Lohnstufe wie vorliegend erfolgt, so ist im Krankheitsfalle die Kasse nicht für verpflichtet anzusehen, ein höheres Krankengeld zu gewähren, als dem betreffenden Mitgliede tatsächlich zusteht, wie andererseits die Kasse gehalten ist, von zuviel gezahlten Beiträgen den überschießenden Betrag zu erstatten (zu vgl. Arb.Vers. 1913 S. 814 Nr. 11).

Zur Anwendung des § 197 RVO. bei der Kriegswochenhilfe.

Entsch. des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** vom 9. Juni 1916 (3226 A. K. 15).

Das Kassenmitglied Emma P. zu Berlin kam am 8. Juli 1915 nieder und erhielt von der Klägerin gemäß § 195 RVO. in Verbindung mit §§ 3, 8 der Bundesrats-Verordnung vom 3. Dezember 1914 als Wochenhilfe: Entbindungskosten M. 25.—, Wochengeld M. 48.—, Stillgeld M. 27.—, zusammen 100 M. Während des letzten Jahres vor der Niederkunft war sie versichert gewesen bei der Klägerin 150 Tage und bei der Beklagten 151 Tage. Hätte sie am Tage der Niederkunft der Beklagten angehört, so würde sie außer Entbindungs- und Stillgeld nur ein Wochengeld von M. 24 zu beanspruchen gehabt haben. Die Klägerin fordert nun von der Beklagten auf Grund des § 197 RVO. in Verbindung mit § 9 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. Januar 1915 anteilmäßige Erstattung ihrer Aufwendungen in Höhe von 50,17 M. $\frac{(100)}{(300)} - \frac{(50,17)}{(151)}$ und hat beantragt: die Beklagte demgemäß zur Zahlung zu verurteilen. Beklagte hat den Anspruch nur in Höhe von 50,08 M.

anerkannt. Sie berechnet diesen Betrag wie folgt: Wochengeld 24 M., Entbindungs- und Stillgeld zusammen anteilmäßig berechnet auf 26,08 M. $\frac{(52)}{(301)} - \frac{(26,08)}{(151)}$ insgesamt 50,08 M. Bei Feststellung ihrer eigenen Leistungspflicht der Versicherten gegenüber berechnet sie den Wochengeldanteil einerseits und den auf Stillgeld und Entbindungskosten entfallenden Anteil andererseits getrennt, indem sie ausführt, daß die Bestimmung des § 9 obiger Bekanntmachung keinen Anhalt für die Berechnung nach der Methode der Klägerin biete.

Das Versicherungsamt verurteilt die Beklagte nach dem Antrage der Klägerin aus folgenden Gründen:

Durch § 9 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. Januar 1915 über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges ist die Vorschrift des § 197 RVO. über die Erstattung von Wochengeld auch auf alle übrigen Leistungen an Wochenhilfe, welche die Kassen und Arbeitgeber auf Grund dieser Bekanntmachung, sowie derjenigen vom 3. Dezember 1914 aus eigenen Mitteln zu leisten haben, ausgedehnt worden. Die gesamten Leistungen der Kassen gemäß der letztgenannten Bekanntmachung stellen Zwangsleistungen dar. Wie sich aus der Erläuterung zu § 9 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 ergibt, ist aus diesem Grunde die durch § 197 gegebene Beschränkung der Erstattungspflicht nur auf das Wochengeld aufgehoben worden. Die Rechtslage ist also die, daß die Vorschriften des § 197 über die Erstattung hinsichtlich des nach § 195 zu gewährenden Wochengeldes genau so anzuwenden sind, als wenn die weiteren Leistungen (Entbindungskosten, Schwangerschaftsbeihilfe und Stillgeld) ebenfalls schon immer in die Erstattungspflicht einbezogen gewesen wären. § 197 bestimmt nun aber, daß die anderen Kassen der leistungspflichtigen Kasse den aufgewendeten Betrag nach Verhältnis der Mitgliedszeit zu erstatten haben. Wie nun das Reichsversicherungsamt in seiner grundsätzl. Entsch. zu diesem Paragraphen (Nr. 2146 Amtl. Nachr. S. 350) ausgesprochen hat, ist bei der Berechnung des zu erstattenden Betrages das von der leistungspflichtigen Kasse tatsächlich gewährte Wochengeld zu Grunde zu legen, wobei der Erstattungsanspruch seine Höchstgrenze in dem Betrage erreicht, den die erstattungspflichtige Kasse bei eigener Leistungspflicht an Wochengeld (jetzt also an Wochenhilfe) zu gewähren gehabt hätte. Bei Ermittlung dieser Höchstgrenze kann eine Teilung des zur Erstattung kommenden Betrages nicht stattfinden, wie die Klägerin zutreffend ausführt. Die von der Beklagten vorgenommene Berechnungsart findet weder im Gesetz, noch in der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 eine Stütze.

Anmerkung der Schriftleitung: Der Streit betraf ganze 9 Pf. — — in der Kriegszeit! Aber das Prinzip!!

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Frage der Versicherungspflicht russisch polnischer Arbeiter: Merkmale versicherungspflichtiger Unfreiheit.

Entsch. a) des **Versicherungsamts Schwerin** vom 31. August 1916; b) des **Oberversicherungsamts Schwerin** vom 28. Oktober 1916.

a)

Der Arbeiter Ch. P. ist russischer Staatsangehöriger, wohnt aber seit 25 Jahren in Deutschland. Vom 31. Januar bis 13. Mai 1916 hat er bei dem Fischereipächter W. in S. gegen einen Wochenlohn von 24,50 ℳ gearbeitet. W. hat keine Marken der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung für P. verwendet. Dieser hat daher beantragt, W. zu solcher Verwendung anzuhalten. W. hält sich dazu nicht für verpflichtet, weil der Kläger russischer Staatsangehörigkeit sei.

Das Reichsversicherungsamt hat bereits in der grundsätzl. Entsch. 2189 vom 19. Februar 1916 (Amtl. Nachr. S. 443 ff.) entschieden, daß die während des gegenwärtigen Krieges in landwirtschaftlichen Betrieben oder ihren Nebenbetrieben beschäftigten russisch-polnischen Zeitarbeiter nicht der Versicherungspflicht unterliegen. Anderseits hat das Reichsversicherungsamt in der grundsätzl. Entsch. 2877 (Amtl. Nachr. S. 498 ff.) ausgesprochen, daß die während des gegenwärtigen Krieges in besetztem Gebiet angeworbenen russisch-polnischen Arbeiter, die freiwillig und mit Genehmigung der zuständigen Behörde nach Deutschland gekommen sind, um hier zu arbeiten, als freie Arbeiter anzusehen sind und deshalb der Versicherungspflicht gegen Betriebsunfälle nicht unterliegen. Wie sich aus den Gründen der beiden Entscheidungen ergibt, war die Rechtslage der jedesmal in Frage stehenden Arbeiter nur insofern verschieden, als gegen die in der 1. Entscheidung beurteilten Arbeiter ein Zwang zur Arbeit insofern bestand, als sie Lohnarbeit verrichten müssen, um die ihnen obrigkeitlich auferlegte Pflicht zur Bezahlung des Unterhalts erfüllen zu können, und als ihnen sogar ausdrücklich die Pflicht auferlegt ist, beim Ablauf ihrer Arbeitsverträge für das Jahr 1915 neu für das Wirtschaftsjahr 1916

abzuschließen und spätestens bis zum 31. Januar 1916 die Ausstellung der Arbeiter-Legitimationskarte für 1916 bei der Ortspolizeibehörde zu beantragen, während die in der 2. Entscheidung angegebenen Arbeiter nur gewissen anderen Beschränkungen der persönlichen Freiheit mit ihnen zusammen unterliegen. Darin, daß in dem einen Falle ein Zwang zur Arbeit, in dem andern ein freier, wirtschaftlicher Austausch von Arbeit und Lohn bestanden hat, liegt der Unterschied. Im vorliegenden Fall hat nie für den Kläger dieser Zwang bestanden, denn nach dem Befehl des stellvertretenden Kommandierenden Generals (Regierungsblatt Nr. 178) sind nur die in der Landwirtschaft und ihrem Nebenbetrieb beschäftigten russischen Arbeiter verpflichtet, für die Wintermonate 1915 und das Wirtschaftsjahr 1916 geltende Arbeitsverträge abzuschließen. P. hat aber im Oktober 1915 als Hausdiener und während der Beschäftigung bei W. nur zum Teil im landwirtschaftlichen Betriebe gearbeitet, arbeitet auch jetzt nicht in einem solchen Betriebe. Er nimmt daher versicherungsrechtlich dieselbe Stellung ein, wie die im besetzten Gebiete angeworbenen Arbeiter und ist wie diese als freier Arbeiter, somit als invaliden- und hinterbliebenenversicherungspflichtig anzusehen. Sein Antrag auf Nachverwendung von Marken war daher berechtigt.

b)

Gegen die vorstehende Entscheidung erhob der Arbeitgeber mit Erfolg Beschwerde. Das Oberversicherungsamt hob die Entscheidung auf und wies den Antrag des Arbeitnehmers, den Arbeitgeber zur Markenverwendung für ihn anzuhalten, ab aus folgenden Gründen:

In der Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 8. Juli 1916 Nr. 2232 (Amtl. Nachr. 1916 S. 587) ist ausgesprochen:

„Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts sind russisch-polnische landwirtschaftliche und gewerbliche Arbeiter, die sich bereits bei Ausbruch des Krieges in Deutschland aufhielten, infolge weitgehender Beschränkungen ihrer persönlichen Freiheit nicht versicherungspflichtig (zu vgl. Bescheid 2012 sowie Entsch. 2183, 2189, 2198, Amtl. Nachr. 1915 S. 460, 1916 S. 433, 443, 489, ferner des erkennenden Senats vom 17. Juni 1916 — II 3834/16 — (abgedruckt auf S. 599 unter Ziff. 2242)."

Hiernach und in Beihalt der näheren Begründung dieser Stellungnahme in der Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 17. Juni 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 599 Nr. 2242) hat das Oberversicherungsamt dem angefochtenen Beschluß nicht folgen können, wenn er im Gegensatz zum Reichsversicherungsamt annimmt, daß P., obwohl er streitlos russischer Staatsangehöriger ist und sich schon bei Kriegsausbruch in Deutschland aufhielt, gleichwohl während seiner Beschäftigung bei dem Beschwerdeführer versicherungspflichtig gewesen sei.

Das Versicherungsamt stützt diese seine Annahme im wesentlichen darauf, daß P. keinem Zwange zur Arbeit unterworfen gewesen sei und deshalb als „freier Arbeiter" angesehen werden müsse. Indessen kann das Bestehen eines Arbeitszwanges nicht als von entscheidender Bedeutung erachtet werden, da solcher Zwang nicht zu den notwendigen Kennzeichen versicherungsrechtlicher Unfreiheit gehört, diese letztere vielmehr auch ohne diesen Zwang schon als Folge der Beschränkungen der persönlichen Freiheit, insbesondere der freien Betätigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte besteht. Derartige Beschränkungen gelten aber auf Grund zahlreicher behördlicher Anordnungen (vgl. namentlich die Bekanntmachungen im Regierungsblatt vom 2. August 1914, 25. Januar 1915, 18. Februar 1915, 19. Juli 1915, 22. November 1915) für alle in M. aufhältlichen Russen ohne jede Ausnahme auch für solche Russen, die sich, wie der Arbeiter P. schon jahrelang in Deutschland aufgehalten haben; denn an der Zugehörigkeit zu den feindlichen Ausländern wird durch die bloße Dauer des Aufenthalts im Inlande nichts geändert.

Auch darin ist der angefochtenen Entscheidung nicht beizutreten, daß P. versicherungsrechtlich dieselbe Stellung eingenommen habe, wie die im besetzten Gebiete angeworbenen Arbeiter, welche freiwillig und mit behördlicher Genehmigung nach Deutschland gekommen sind, um hier zu arbeiten. Wenn das Reichsversicherungsamt diese Arbeiter für versicherungspflichtig erklärt hat (Entsch. vom 3. Mai 1916, Amtl. Nachr. 1916 S. 497 Nr. 2877) so beruht das auf der Berücksichtigung ihrer besonderen, in mancher Beziehung günstigeren Lage als derjenigen Angehörigen feindlicher Staaten, welche seit Kriegsbeginn zwangsweise im Inland zurückgehalten werden und seitdem darauf angewiesen sind, ihre Arbeitskraft lediglich in Deutschland zu verwerten; weiter aber entspricht es, wie in der Entscheidung 2242 am Ende ausgeführt ist, der Natur der Sache, diese Arbeiter versicherungsrechtlich besser zu stellen, um ihre Anwerbung zur Beförderung dringlicher wirtschaftlicher Kriegsbedürfnisse tunlichst zu erleichtern.

War P. hiernach während seiner Beschäftigung bei dem Beschwerdeführer nicht versicherungspflichtig, so war letzterer auch nicht gehalten, Beitragsmarken für ihn zu verwenden.

Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 1242 der RVO.

Bekanntmachung des **Reichskanzlers** vom 19. Oktober 1916 (Zentr.Bl. f. d. Deutsche Reich S. 389).

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom

28. September 1916 auf Grund des § 1242 Nr. 1 RVO. beschlossen,

§ 1234 RVO. gilt mit Wirkung vom 1. Januar 1915 ab für die im Dienste der evangelischen Kirchengemeinden, katholischen Pfarrgemeinden und israelitischen Kirchengemeinden Württembergs Beschäftigten, für die von den Arbeitgebern die Befreiung beantragt ist oder wird, wenn ihnen als Mitgliedern der württembergischen Pensionskasse für Körperschaftsbeamte oder einer körperschaftlichen Pensionsanstalt im Sinne des Art. 4 des Körperschaftspensionsgesetzes vom 7. Mai 1914 (Reg.-Bl. S. 195) die im § 1234 RVO. bezeichneten Anwartschaften gewährleistet sind.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Kriegsfürsorge der Betriebskrankenkassen.

Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen (Sitz Essen) hat am 6. November in Berlin unter dem Vorsitz von Justizrat Wandel, Direktor der Friedr. Krupp A.-G., eine gutbesuchte Vertreter-Versammlung abgehalten, um zu den großen Kriegsfragen der Krankenversicherung Stellung zu nehmen. Man verständigte sich über folgendes: Wenn auch die Krankenhilfe für die aus dem Heere entlassenen Kriegsbeschädigten und für die mannigfachen Krankheiten, die bei den heimgekehrten Kriegsteilnehmern auftreten, die Krankenkassen außerordentlich belasten, so werde doch diese Fürsorge großzügig durchgeführt werden, möglichst in naher Verbindung mit den Einrichtungen der Kriegsfürsorge. Bei den gewaltigen Opfern, die der Krieg an Leben und Gesundheit erfordert hat, müßten die Krankenkassen als die wesentlichsten Träger der Gesundheitspflege in ihrem Bereiche nachdrücklich alle Maßnahmen unterstützen, die auf weitere Volksvermehrung und Volkserhaltung gerichtet seien. Die für die Dauer des Krieges vorgesehene Kriegswochenhilfe solle zu einer dauernden Einrichtung werden. Die Wochenhilfe könne, wie es bei der Kriegswochenhilfe im wesentlichen der Fall sei, durch die Krankenkassen gewährt werden; neue große Einrichtungen seien abzulehnen. Der Verband empfiehlt den Betriebskrankenkassen, die von den Versicherungsanstalten der Invalidenversicherung einzurichtenden Beratungsstellen für Geschlechtskranke möglichst zu fördern und auch für eine nachdrückliche Heilbehandlung der Geschlechtskrankheiten Sorge zu tragen. Diese großen Aufgaben des Gesamtwohls könnten die Kassen schwerlich aus eigener Kraft erfüllen; Zuwendungen des Reichs sollten in ähnlicher Weise, wie es bei der zeitigen Kriegswochenhilfe geschieht, vorgesehen werden. In Hinsicht auf das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Aerzten wurde die Ansicht vertreten, daß, um der sozialen Fürsorge die im Gesamtinteresse wünschenswerte Entwickelung zu gewährleisten, eine durchgreifende gesetzliche Regelung der Arztfrage nicht zu umgehen sei. Es wurde bedauert, daß die zuständigen Regierungsstellen mit geeigneten Maßnahmen zögerten, welche den durch den Krieg hervorgerufenen besonderen Verhältnissen auf dem Markte der Arzneistoffe usw. wie auch für die ärztliche Verordnungsweise Rechnung tragen.

Kassenärztliche Bescheinigungen über Vollmilchbedürftigkeit

von Kranken sind nach den Anordnungen der Reichsstelle für Speisefette vom 4. Oktober 1916 zu der Bekanntmachung über die Bewirtschaftung von Milch und den Verkehr mit Milch vom 3. Oktober 1916 von den Kommunalverbänden, vorbehaltlich der Nachprüfung durch die von ihnen zu bezeichnenden Stellen, der Entscheidung über die Milchzuweisung zugrunde zu legen.

Diese Anordnung ist nach den Mitteilungen aus dem Kriegsernährungsamt deshalb getroffen worden, weil nach den bestehenden Bestimmungen Kassenärzte nicht verpflichtet werden können, die von den Kommunalverbänden vorgeschriebenen Bescheinigungen ohne Berechnung besonderer Kosten für die Antragsteller zu benutzen und weil es gegen das allgemeine Interesse verstoßen würde, bedürftige Kranke zu zwingen, erst erhebliche Geldopfer zu bringen, bevor sie in den Genuß der für sie notwendigen Milch kommen können. Es ist aber zu hoffen, daß im Interesse einer glatten Abwicklung des Geschäftsverkehrs bei den außerordentlich überlasteten Medizinalstellen großer Städte die Kassenärzte sich freiwillig der vorgeschriebenen Formulare bedienen werden, und daß sie für die Benutzung solcher Formulare den Kassenangehörigen keine besondere Gebühren in Rechnung stellen.

Anfänge der Invalidenversicherung in Rußland.

Mitte Juni ist von der russischen Reichsduma ein Gesetz angenommen worden, welches die Versicherung gegen Invalidität aller in technischen und industriellen Betrieben des Finanzministeriums beschäftigten Arbeiter und Angestellten einführt. Das Gesetz kommt nur einem verhältnismäßig kleinen Kreis von Personen zugute. Immerhin bildet es neben der bereits bestehenden Invalidenversicherung in den Betrieben des Marineministeriums, der Staatsdruckerei usw. einen bestimmten Fortschritt auf dem Wege der Einführung einer allgemeinen Invalidenversicherung für alle gegen Lohn arbeitenden Personen. In diesem Sinne wurden bei der Beratung des Gesetzes in der Duma von der kleinen sozialdemokratischen Fraktion Anträge gestellt und energisch mit stichhaltigen Argumenten verfochten. Indessen wurden diese Anträge von der Mehrheit verworfen. Und überhaupt, wie beschränkt der Wirkungskreis des

Gesetzes auch ist, so war doch dessen Durchführung durch die Duma nicht ganz einfach. Kapitalistische Interessen waren im Spiel, um die gute Absicht der Regierung zu durchkreuzen. Nunmehr hängt das Schicksal des Gesetzes von dem Reichsrat ab . Man befürchtet sehr, daß hier die Gegner des Gesetzes Oberhand gewinnen können. Es ist interessant, daß der Entwurf von der Regierung noch im Jahre 1909 eingebracht wurde.

Nach den Bestimmungen des Gesetzes wird die Invalidenrente schon nach zwölfmonatiger Beschäftigung zuerkannt. Sie beträgt drei Viertel des Lohnes, beziehungsweise des Gehaltes bei voller Arbeitsunfähigkeit und steigt sogar bis zur Höhe des Lohnes, beziehungsweise des Gehaltes, falls die Arbeitsunfähigkeit den Betroffenen zur vollen Hilfslosigkeit verdammt. Auch die Witwen sowie eheliche und uneheliche Kinder erhalten eine bestimmte Rente. („Arbeiterschutz".)

Fürsorge für Kriegsinvaliden.

Die preußischen Minister haben über diese Fragen, in Ergänzung eines gemeinschaftlichen Erlasses vom 8. September 1915, die Oberpräsidenten neuerlich durch Erlaß vom 29. Aug. 1916 mit näheren Weisungen versehen, aus denen wir auszugsweise folgendes hervorheben:

I. Organisation. Die Personalschwierigkeiten, die sich mit Fortschreiten des Krieges auf allen Gebieten zeigen, werden auch auf dem Gebiete der örtlichen Fürsorgearbeit sich geltend machen. Bei der großen Mannigfaltigkeit der im einzelnen zu prüfenden Fragen ist es ausgeschlossen, den Anforderungen der Praxis für ein großes Staatsgebiet in allen Einzelheiten gemeinsam nachzugehen, vielmehr erscheint weitgehende Dezentralisation und Individualisierung notwendig, wie ja auch erwartet werden kann, daß die den Fürsorgeorganisationen belassene Selbständigkeit die Erfolge der Arbeit weiterhin günstig beeinflußen wird. In einem Erlaß des mitunterzeichneten Ministers des Innern vom 5. Mai d. J. (III 600. 1) ist darauf hingewiesen, wie es wünschenswert ist, alle Kriegswohlfahrtsbestrebungen der verschiedensten Art in der örtlichen Instanz an einer Stelle zu vereinigen. Als besonders geeignet für die Uebernahme dieser Aufgabe in den Kreisen und größeren Gemeinden sind dabei die für die Invalidenfürsorge gebildeten Ausschüsse bezeichnet worden. Es soll an dieser Stelle lediglich dem Wunsche Ausdruck gegeben werden, daß der Ausbau der Fürsorgeausschüsse auf diesen Gesichtspunkt Rücksicht nehmen möge und daß die dabei beteiligten Behörden und Organe der Kriegsinvalidenfürsorge sich dessen bewußt sind, welche große und schöne Aufgabe ihnen mit diesem weiten Ausblick gestellt wird.

II. Finanzielles. Den Grundsatz weitgehender Selbständigkeit der Fürsorgeorganisationen beabsichtigen wir im allgemeinen auch auf finanziellem Gebiete zu befolgen. Aber wenngleich die vom Reiche uns zur Verwaltung und Verteilung überwiesenen Mittel nur zum Teil diejenigen Kosten aufbringen können, welche den Hauptfürsorgeorganisationen entstehen, können wir doch nicht darauf verzichten, im Interesse der Herstellung einer gewissen Gleichmäßigkeit einige Gesichtspunkte hervorzuheben, welche nach unserer Ansicht bei Verwendung der Mittel nicht außer acht gelassen werden dürfen. Es erfordert dies schon die ausgleichende Gerechtigkeit, damit nicht diejenigen Fürsorgeorganisationen, welche die geringere Sparsamkeit üben, vor solchen bevorzugt werden, die sich bei der Verwendung der Reichsmittel eine größere Zurückhaltung auferlegen. (Die einzelnen Gesichtspunkte werden näher erörtert.)

III. Berufsberatung. Die Entwicklung hat es mit sich gebracht, daß auf Sondergebieten der Kriegsinvalidenfürsorge besondere Berufsberatungsstellen entstanden sind, die keine Einrichtungen der offiziellen Fürsorgeorganisationen darstellen, sondern unabhängig von ihnen von Wohltätigkeits- oder Interessentenvereinigungen ins Leben gerufen sind. Dies bezieht sich sowohl auf solche Fälle, in denen der Krankheitszustand des Invaliden besonders geartet ist, als auch auf solche, in denen die soziale Stellung der zu versorgenden Personen eine Sonderrücksicht erheischt, und allgemein auf solche, in denen die Mitwirkung von Fach- und Berufsgenossen im Interesse einer wirksamen Fürsorge besonders willkommen sein muß. Es sei hier beispielsweise erinnert an Beratungsstellen für blinde und für ertaubte Kriegsteilnehmer, für Mitglieder der Bühnengenossenschaft, an die von dem Deutschen Hilfsbund für kriegsverletzte Offiziere ins Leben gerufene technische Beratungsstelle u. a. Es wird Aufgabe der Fürsorgeorganisationen sein, mit den Trägern dieser Einrichtungen, soweit sie als zweckmäßig anzuerkennen sind, in ein gemeinsames Arbeitsverhältnis zu treten, andernfalls aber durch Schaffung eigener Einrichtungen dem vorhandenen Bedürfnis Rechnung zu tragen.

Die Erfahrungen, welche in der Praxis der Berufsberatung gemacht sind, lehren immer wieder, wie wichtig es war, daß von uns von vornherein auf die Neigung der Invaliden zur Vornahme eines Berufswechsels, insbesondere in der Richtung der Erlangung leichterer Posten im öffentlichen Dienste hingewiesen worden ist. Ein solches Abschweifen der Berufsneigungen wird zweifellos durch die falsche Auffassung gefördert, welche weite Kreise der Bevölkerung, und selbst Behörden von dem richtig verstandenen Wohle der Invaliden haben. Leichtere, nicht den Militäranwärtern vorbehaltene Posten (als Boten, Pförtner usw.) werden nur solchen Kriegsbeschädigten zu übertragen sein, die in ihrem Beruf oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte nur eine sehr beschränkte Verwendungsmöglichkeit haben. Bei der großen Zahl schwer geschädigter Kriegsverletzter müssen ihnen auch derartige Invalidenposten ausschließlich offen gehalten werden. Nur wenn die Behörden hier mit gutem Beispiel vorangehen, werden die Privatbetriebe diesem Vorbilde auch folgen. Einen Fingerzeig, wenn auch nicht den einzigen, für die Frage, ob jemand Anspruch auf Berücksichtigung bei der Besetzung eines besonders leichten Postens erheben darf, bildet der Anstellungsschein.

In gleicher Richtung geht auch die Befürchtung, daß sich eine Neigung der Invaliden zeigen wird, sich um gewerbepolizeiliche Genehmigungen zu bemühen, die ihnen einen verhältnismäßig leichten Erwerb verheißen und die Ausbildung in einer wirtschaftlich wertvolleren Betätigung nicht lohnend erscheinen lassen. Demgegenüber muß daran festgehalten werden, daß die gesetzlichen Bestimmungen über die Erteilung solcher Genehmigungen auch den Invaliden gegenüber zur Durch-

führung gelangen und daß die Genehmigungsbehörden sich von einem Wohlwollen gegen die Invaliden allein und insbesondere unter Außerachtlassung der vernünftigen Fürsorgegrundsätze nicht leiten lassen dürfen. Es wird z. B. bei der Vergebung von Schankkonzessionen nicht angängig sein, darauf eine besondere Rücksicht zu nehmen, daß der Bewerber ein Kriegsteilnehmer ist. In dem gesetzlich geordneten Verfahren ist für die Berücksichtigung gesetzlich nicht vorgesehener Billigkeitsgründe kein Raum. Hierüber wird, wo derartige Neigungen sich zeigen sollten, den Invaliden von vornherein kein Zweifel zu lassen sein. Aehnliches gilt von der Erwerbung des Wandergewerbescheins. Wo insbesondere gesetzlich die Erteilung dieses Scheines von dem Vorhandensein eines Bedürfnisses abhängig ist, was beispielsweise bei dem Hausierbetriebe der Drehorgelspieler der Fall ist, darf der Invalide auf Bejahung der Bedürfnisfrage lediglich aus Billigkeitsgründen nicht rechnen. Aus diesem Grunde halten wir eine Fühlungnahme der mit der Erteilung von gewerblichen Genehmigungen befaßten Behörden mit den Fürsorgeausschüssen für nötig und ordnen eine solche durch die Vermittlung der zuständigen Hauptfürsorgeorganisationen herzustellende Fühlung hierdurch ausdrücklich an.

Immer wieder erscheint es angezeigt, die Notwendigkeit eines verständnisvollen Zusammenwirkens der mit der sozialen Invalidenfürsorge befaßten Stellen mit der Heeresverwaltung hervorzuheben. Die an einigen Orten gemachten Erfahrungen haben erkennen lassen, daß für die Art dieses Zusammenwirkens, namentlich schon im Stadium der Lazarettbehandlung, immer noch nicht überall die geeignete Form gefunden worden ist. Die fortschreitenden Verhältnisse drängen aber insbesondere auch zu einer ständigen Fühlungnahme mit den Ersatztruppenteilen. In weitgehendem Maße sind bei diesen besondere Versorgungsabteilungen eingerichtet worden, die unter Hinübergreifen auf das Gebiet der Berufsberatung, der Arbeitsvermittelung und überhaupt der sozialen Fürsorge bereits einen Teil der Fürsorgearbeit leisten. Nur der richtige Zusammenhang zwischen zivilen und militärischen Fürsorgestellen kann die volle Wirksamkeit dieser Fürsorgetätigkeit verbürgen. Diese Zusammenarbeit würde erschwert werden, unter Umständen würde auch eine nicht im Interesse des Mannes liegende Unterbrechung der Fürsorgetätigkeit eintreten, wenn Kriegsbeschädigte, die in Durchführung des Heimatprinzips dem Lazarett der Heimat zugeführt sind, nach Entlassung aus dem Lazarett zum Zwecke des Rentenfestsetzungsverfahrens einem entfernt liegenden Ersatztruppenteil überwiesen werden würden. Die mit der Reise des Entlassenen zu seinem Ersatztruppenteile verbundenen Umstände und Aufwendungen würden in diesem Falle nicht zu rechtfertigen sein, es würde aber auch, wie gesagt, die Fühlung mit dem Fürsorgeausschuß verloren gehen oder doch unterbrochen werden. Daher soll in solchen Fällen entweder eine sofortige Beurlaubung aus dem Lazarett in die Heimat erfolgen, oder aber es kommt auch — worauf bereits von der Heeresverwaltung an anderer Stelle hingewiesen ist — die Ueberweisung an einen nahegelegenen Ersatztruppenteil zwecks Durchführung des Entlassungsverfahrens in Frage. Den Lazaretten kann dagegen, wie dies zum Teil verlangt wurde, die selbständige Durchführung des Verfahrens zur Festsetzung der Versorgungsgebührnisse nicht übertragen werden.

IV. Berufsausbildung. Ungeachtet der Anerkennung, daß auf dem Gebiete der Berufsausbildung bereits viel geleistet worden ist, müssen wir doch darauf hinweisen, daß die von uns in dem Erlaß vom 8. September 1915 aufgestellten Forderungen noch nicht überall genügende Berücksichtigung gefunden haben. Insbesondere wird es notwendig sein, die Ausbildungsgelegenheiten noch zu vermehren. Zum Teil wird dies geschehen können durch Heranziehung der noch nicht im vollen Maße ausgenutzten öffentlichen Anstalten, zum Teil wird schon ein wesentlicher Fortschritt erreicht sein, wenn die Bereitwilligkeit der Heeresverwaltung zur Ausstattung der Lazarette mit Werkstätten von den Fürsorgeausschüssen mehr nutzbar gemacht wird als das bisher der Fall ist. An manchen Orten wird ein Vorteil und eine bessere Ausnutzung der vorhandenen Gelegenheiten durch Ausscheiden überflüssiger Lehrgegenstände erreicht werden können. In der Regel soll die gewerbliche Ausbildung sich auf die gründliche Vorbereitung auf einen bestimmten Beruf richten. Eine Beschränkung der Ausbildung auf die oberflächliche Kenntnis einiger handwerklicher Beschäftigungen kann jedoch in besonderen Fällen Wert haben, namentlich bei ungelernten Arbeitern. . . .

In jedem Korpsbezirke sollte mindestens eine Gelegenheit für die Anpassung der Kriegsinvaliden an die landwirtschaftliche körperliche Arbeit im Anschluß an ein mit den erforderlichen orthopädischen Einrichtungen ausgestattetes Lazarett geschaffen werden. Voraussetzung des Erfolges ist allerdings eine sachverständige Anleitung. Wo solche Lehrgänge neu einzuführen sind, werden zweckmäßig die bereits anderweit gewonnenen Erfahrungen auszunutzen sein. Besonders günstige Ergebnisse sind bei dem Reservelazarett Görden bei Brandenburg a. H. erzielt worden. Dort beteiligen sich 98 vom Hundert der landwirtschaftlichen Kriegsinvaliden, für die überhaupt eine körperliche Beschäftigung in Frage kommt, freiwillig an der Ausbildung.

Die Unterbringung der Kriegsinvaliden in privaten landwirtschaftlichen Betrieben wird keine ausreichende Gewähr für sachgemäße Anpassung bieten, wenn nicht gleichzeitig für sachverständige Anleitung gesorgt wird. Sollten sich wirksame Einrichtungen nicht treffen lassen, so wird im Benehmen mit den zuständigen Sanitätsämtern die Unterbringung in einem anderen Korpsbezirke zu erwägen und nötigenfalls die Entscheidung des mitunterzeichneten Kriegsministers durch die Vermittlung der landwirtschaftlichen Verwaltung anzurufen sein.

Schließlich ist Wert darauf zu legen, daß die an den verschiedenen Orten auf diesem Gebiete gewonnenen Erfahrungen regelmäßig ausgetauscht werden.

Der Wettbewerb privater Lehrgänge, wie sie vielfach zum Zwecke der Beschulung Kriegsbeschädigter eingerichtet werden, ist im allgemeinen nur geeignet, die ordnungsmäßige und geregelte Arbeit der Fürsorgeorganisationen zu erschweren und zu durchkreuzen. Das Bestreben muß dahin gehen, solche Lehrgänge, die häufig nur auf eine Ausbeutung der Kriegsbeschädigten abzielen, nach Möglichkeit auszuschalten.

V. Arbeitsvermittlung. Die Arbeitsvermittlung für die Kriegsverletzten hat sich nach den vorliegenden Berichten bisher überall in erfreulicher Weise ohne besondere Schwierigkeiten vollzogen. In dieser Beziehung ist jedoch zu be-

achten, daß die mancherlei Umstände, die gegenwärtig die Unterbringung der Kriegsverletzten erleichtern, so insbesondere die außerordentlich gesteigerte Nachfrage nach männlichen Arbeitskräften, nicht in gleicher Weise auch nach Beendigung des Krieges fortdauern werden. Dazu kommt, daß, während zurzeit die Kriegsverletzten vielfach noch in Stellen untergebracht werden, die nur für die Dauer des Krieges oder sonst eine mehr vorübergehende Beschäftigung bieten, nach dem Kriege auf die Vermittlung von Dauerstellen das entscheidende Gewicht zu legen sein wird. Die Arbeiten und Schwierigkeiten der Arbeitsvermittlung werden sich ferner weiter noch erheblich steigern, wenn in größerem Umfang auch solche Personen unterzubringen sein werden, die infolge des Krieges an inneren Leiden erkrankt sind.... Das dadurch erforderte Maß von Arbeit wird aber mit Aussicht auf Erfolg nur von Vermittlungsstellen geleistet werden können, die damit in erster Linie und berufsmäßig befaßt werden.

Hinsichtlich der Ausgestaltung im einzelnen erscheint es am meisten empfehlenswert, wenn als Mittelpunkt für die Kriegsverletztenvermittlung bei dem provinziellen Arbeitsnachweisverband eine besondere Abteilung gebildet wird. Eine Reihe von Provinzen ist auch bisher schon nach dieser Richtung hin vorgegangen. Diese zentrale Vermittlungsstelle, an die alle Meldungen zu gehen haben, und die diese in geeigneter Weise nutzbar macht, wird sich zweckmäßigerweise in dauernder Fühlung mit allen im Bezirke vorhandenen Arbeitsnachweisen, insbesondere auch der Landwirtschaftskammer und den Arbeitgebervereinigungen zu halten und die unmittelbare Vermittlung wenigstens insoweit zu übernehmen haben, als für einzelne Kreise öffentliche Arbeitsnachweise noch fehlen und diese Kreise nicht durch die Arbeitsnachweiseinrichtungen benachbarter Kreise mitversorgt werden. Im Interesse einer erfolgreichen Tätigkeit ist dabei besonderes Gewicht darauf zu legen, daß die Stelle überall im Bezirk als solche bekannt ist, an die sich Personen, welche Kriegsverletzte einstellen wollen, zu wenden haben. Hierauf wird zweckmäßig durch regelmäßige Hinweise in der Tagespresse und in sonst geeigneter Weise hinzuwirken sein.

Neben diese Zentralstelle werden sodann als örtliche Vermittlungsstellen für die Kriegsverletzten die öffentlichen Arbeitsnachweise zu treten haben. Für die größeren gewerbereichen Gemeinden wird dabei in Erwägung zu ziehen sein, ob zweckmäßig für diese Aufgabe etwa eine besondere Abteilung beim öffentlichen Arbeitsnachweis einzurichten sein wird. Dies wird namentlich dann in Frage kommen, wenn der Arbeitsnachweis zugleich den Mittelpunkt für die Arbeitsvermittlung anderer benachbarter Kreise bildet.

VI. Kapitalabfindung. Auf dem Gebiete der endgültigen Unterbringung der Kriegsinvaliden ist inzwischen durch das vom Reiche verabschiedete sogen. Kapitalabfindungsgesetz ein wichtiger Schritt vorwärts getan. Danach können Personen, die aus Anlaß des gegenwärtigen Krieges auf Grund des Mannschaftsversorgungsgesetzes Anspruch auf Kriegsversorgung haben, zum Erwerb und zur wirtschaftlichen Stärkung eigenen Grundbesitzes mit Kapital abgefunden werden. Die Anwendung dieser Vorschrift beschränkt sich nicht auf die ländliche Siedelung, sondern umfaßt auch den Erwerb städtischen Grundbesitzes. . . . Hier sei nur hervorgehoben, daß den Hauptfürsorgeorganisationen bei der Durchführung des Gesetzes eine wesentliche Mitwirkung eingeräumt werden muß. Es ist nicht angängig, daß die Wohltaten der Kapitalabfindung irgendwie in Widerspruch treten zu den vernünftigen Fürsorgezielen. Wie wir daher den Hauptfürsorgeorganisationen nach dieser Richtung hin die gebührende Stellung bei der Durchführung des Gesetzes zuweisen werden, so müssen wir auf der anderen Seite der Erwartung Ausdruck geben, daß die Bearbeitung der wichtigen Sachen überall mit dem nötigen Eifer und dem nötigen Verständnis in die Hand genommen werden wird.

Der Hinterbliebenen-Versicherungsfonds.

Die Zuschüsse zu den Hinterbliebenenrenten aus der Invalidenversicherung werden bekanntlich aus einem Fonds bestritten, dessen Einnahmen im wesentlichen aus bestimmten Zollerträgnissen bestehen. Zunächst wurde der Hinterbliebenen-Versicherungsfonds gebildet aus Zollerträgnissen des Rechnungsjahres 1907 in Höhe von 42 382 427 ℳ. Dieser Betrag wurde in Wertpapieren angelegt. Seitdem sind dem Fonds nur Zinsen zugeflossen, und zwar diejenigen für die Rechnungsjahre 1908 bis 1911 ganz, diejenigen für die Jahre 1912 und 1913 teilweise. Die Verwaltung des Fonds ist durch Artikel 3 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung dem Reichskanzler (Reichsschatzamt) unter Aufsicht der Reichsschuldenkommission übertragen worden. Diese Kommission hat soeben dem Reichstag einen Bericht über die Verwaltung des Fonds vorgelegt.

Nach diesem wurden aus dem Fonds zur Deckung der Reichszuschüsse für die Hinterbliebenenversicherung überwiesen:

im Jahre 1912	(an Zinsen)	776 453	ℳ
im Jahre 1913	(an Zinsen und Erlös aus verkauften Wertpapieren	2 834 707	„
im Jahre 1914	(an Zinsen und Erlös aus verkauften Wertpapieren	4 760 187	„
im Jahre 1915	(an Zinsen und Erlös aus verkauften Wertpapieren	11 552 598	„
	insgesamt	19 923 947	ℳ

Ende des Jahres 1915 betrug der Bestand des Fonds 35 228 843 ℳ. Den höchsten Bestand hatte der Fonds im Mai 1914 mit 54 056 900 ℳ. Inzwischen hat sich der Bestand des Fonds um 18 828 056 ℳ vermindert. Man sieht, daß die infolge des Krieges notwendig gewordenen zahlreichen Hinterbliebenenrenten die Mittel stark in Anspruch nehmen. Die Bestände werden zum weitaus größten Teil, nämlich zu 23 581 000 ℳ nachgewiesen in $3\frac{1}{2}$ prozentiger Bayerischer Staatseisenbahn-Anleihe, 9 153 100 ℳ werden in Reichsschuldbuch-Eintragungen nachgewiesen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Erschöpfung als Krankheit.

1. **Nach Kirchheim.** Antwort: Ist die Erschöpfung des Versicherten so stark, daß sie ärztliche Behandlung erfordert, so bildet sie einen anormalen Zustand des Körpers, ist also eine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung, auch wenn sich nicht ein bestimmtes einzelnes Organ als Sitz der Krankheit bezeichnen läßt.

Leistungsfähigkeit im Sinne des § 418 Abs. 2 Ziff. 2 RVO.

2. **Nach M.** Antwort: Wir halten es für völlig einwandsfrei, wenn das Versicherungsamt die Leistungsfähigkeit des in Frage stehenden katholischen Geistlichen zur Unterstützung seiner Haushälterin bei Erkrankung nach Maßgabe des § 418 für hinreichend sicher erachtet hat. Seine Person und seine Einkommensverhältnisse, die feste Anstellung an einer dortigen Stadtkirche mit Einkünften von etwa 3600 Mk. für das Jahr und der Umstand, daß er nur für sich zu sorgen hat, bieten jede wünschenswerte Gewähr. Erhebung der Beschwerde erscheint aussichtslos.

a) Abrundung der Verkaufspreise nach der Arzneitaxe. b) Keine höheren Arzneipreise für Krankenkassen als für die übrige Bevölkerung.

3. **Nach M.** Antwort: a) Nach Ziff. 16 der Arzneitaxe A ist der Verkaufspreis, wenn er 1 ℳ nicht übersteigt, so abzurunden, daß 1 bis 4 Pf. auf 5 Pf. und 6 bis 9 Pf. auf 10 Pf. erhöht werden; wenn er jedoch 1 ℳ übersteigt, so werden 1 bis 4 Pf. auf 0 Pf. und 6 bis 9 Pf. auf 5 Pf. herabgesetzt. Wenn nun durch Verfügung des Regierungs-Präsidenten die bisherigen Preise für Verbandsstoffe durch einen Aufschlag von 20 Proz. erhöht sind, so darf selbstverständlich nur der erhöhte Preis abgerundet werden. Es ist sinnwidrig und unzulässig, den bisherigen Preis abzurunden, dann die 20 Proz. zuzuschlagen und den so gefundenen Preis abermals abzurunden. Dies würde in zahlreichen Fällen zu einer ungehörigen Benachteiligung der Kasse führen. Hat z. B. eine bestimmte Menge Verbandstoff bisher 51 Pf. gekostet, so stellt sich der neue Preis mit Aufschlag von 20 Proz. auf 61 1/5 und abgerundet 65 Pf. Bei jener doppelten Abrundung würde sich der Preis von 51 Pf. zunächst auf rund 55, dann um 20 Proz. hiervon, also auf 66 und nun weiter auf den runden Betrag von 70 Pf. erhöhen, so daß die Kasse ganz ungerechtfertigt um 5 Pf. benachteiligt wäre. Ein Ausgleich zugunsten der Kasse durch Abrundung nach unten würde wohl nur in seltenen Fällen vorkommen.

b) Der preuß. Minister des Innern hat durch Erlaß vom 12. Mai 1916 (Min.Bl. f. Med. Angel. Nr. 22 S. 190) ausdrücklich angeordnet, daß in den Apotheken Arzeneien und einzelne Arzneimittel für Kassenmitglieder nicht zu höheren als den für die übrige Bevölkerung üblichen Preisen berechnet werden dürfen. Das Verfahren der dortigen Apotheker ist daher auch in diesem Punkte nicht zu rechtfertigen.

Beschränkte Kassenleistungen für freiwillig Beigetretene.

4. **Nach Landshut.** Antwort: Wenn die Satzung die Regelleistung für die freiwillig Beigetretenen gemäß § 215 RVO. auf Krankenpflege und auf Krankenhauspflege ohne Hausgeld beschränkt, so ist ganz klar ausgedrückt, daß ihnen irgendwelche Barleistungen nicht zustehen, also weder Krankengeld noch Wochengeld, noch Sterbegeld. Mit dem Fehlen eines Anspruchs auf Wochengeld fehlt dann auch die Voraussetzung für das Kriegswochengeld. Ebenso kann von einem Unfallzuschuß zum Krankengelde nicht die Rede sein, wenn es an einem Krankengelde fehlt; denn die beschränkte Leistung gilt, wie die Fassung des § 215 ergibt, als Regelleistung, und nur „mindestens die Regelleistungen" sind den Unfallverletzten nach § 573 zu gewähren (zu vgl. Hahn in „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 49 ff, 52 Ziff. 5 und 7). Freilich ergibt sich hieraus das Bedenken, daß dann die nach § 215 Versicherten ungünstiger stehen als Verletzte, die garnicht gegen Krankheit versichert sind (vgl. § 577).

Lehrlinge, denen gemäß § 524 RVO. kein Krankengeld zusteht, können nicht wegen Verstoßes gegen die Krankenordnung bestraft werden.

5. **Nach Bonn.** Antwort: § 529 RVO. setzt das Höchstmaß der Strafe wegen Verstoßes gegen die Krankenordnung nach dem Krankengeld fest. Es wird also ein Anspruch auf Krankengeld vorausgesetzt. Wo ein solcher fehlt, fehlt es an einem Maßstab für die Bestrafung. Infolgedessen können Lehrlinge, denen wegen Mangels eines Entgelts Krankengeld nicht zusteht, auch nicht wegen Verstoßes gegen die Krankenordnung in Strafe genommen werden.

Gebühr für Betäubung beim Ausziehen mehrerer Zähne.

6. **Nach Bremen.** Frage: Nach der preußischen Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte unter III Ziff. 11 betragen die Gebühren „für die örtliche Betäubung bei einer Zahnoperation 2—5 ℳ". Ist dieser Satz in dem Falle, daß

mehrere Zähne in derselben Sitzung gezogen werden, für jeden einzelnen der gezogenen Zähne in Anwendung zu bringen oder nur einmal?

Antwort: Die besondere Verrichtung, für die hier (wie unter Ziff. 12) eine besondere Gebühr vorgesehen ist, ist die Betäubung. Diese Gebühr ist unabhängig von der Gebühr für die Verrichtungen, welche die Betäubung erforderlich machen, und kann daher neben der Vergütung für das Ausziehen der Zähne (Ziff. 4) nur einmal gefordert werden, wenn nur eine Betäubung stattfindet.

Lohnzahlung und Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber erkranktem Gesinde.

7. Nach E. Antwort: a) Eine Verpflichtung des Dienstherrn, dem durch Krankheit an der Dienstleistung verhinderten Dienstboten den Lohn weiterzuzahlen, besteht nach Reichsrecht nicht; insbesondere gilt § 616 BGB. nicht für das Gesindeverhältnis (Art. 95 Einf.Ges. zum BGB.). Dagegen sind landesrechtliche Vorschriften, welche den Dienstherrn zur Fortzahlung des Lohnes verpflichten, auch nach dem Inkrafttreten der RVO. unberührt geblieben; doch muß sich in solchem Falle der Dienstbote das Krankengeld anrechnen lassen (Art. 42 Abs. 2 Einf.Ges. zur RVO. und § 436 RVO.). Daß aber dort Vorschriften dieser Art gelten, können wir aus Ihren Angaben nicht ersehen. Hiermit erledigen sich Ihre Fragen zu 1, 2 und 4.

b) Landesrechtliche Vorschriften, die den Dienstberechtigten zur Sorge für Kur und Pflege des erkrankten Gesindes verpflichten, sind mit Inkrafttreten der RVO. aufgehoben (Art. 42 Abs. 1 Einf.Ges. zur RVO) und reichsrechtlich besteht eine solche Pflicht nicht, nachdem die Dienstboten in die Versicherung einbezogen sind (§ 617 Abs. 2 BGB.).

a) Arbeitsunfähigkeit infolge einer Badekur. b) Verlust der Wählbarkeit bei Betriebskrankenkassen. c) Versicherungspflicht von Soldaten.

8. Nach C. Antwort: a) Wenn die von der Militärverwaltung angeordnete Kur im Bade, wie man annehmen muß, zur Heilung notwendig war, so ist der Kranke eben dadurch arbeitsunfähig geworden, auch wenn er es bis zum Beginn der Kur nicht war. Er hat daher während dieser Kur Anspruch auf Krankengeld. Vgl. Arb.Vers. 1909 S. 539.

b) Bei einer Betriebskrankenkasse verlieren Mitglieder, welche aufhören versicherungspflichtig zu sein, die Mitgliedschaft aber freiwillig fortsetzen, nach § 340 RVO. die Wählbarkeit. Sie sind daher nach § 24 ihres Amtes im Vorstand oder Ausschuß zu entheben.

c) Nach Ihrer Darstellung müssen wir annehmen, daß die Leute zwar von ihren Truppenteilen abkommandiert, aber doch nicht zu den Aushilfsarbeiten bei der Post in dem Sinne „kommandiert" sind, daß sie die Arbeiten auf Befehl der Militärbehörde übernehmen müssen. Nur wenn dies der Fall wäre, läge eine militärdienstliche und deshalb nach § 172 Ziff. 2 RVO. versicherungsfreie Tätigkeit vor. Steht dagegen den Leuten die Uebernahme der Arbeit frei, so sind sie krankenversicherungspflichtig.

Eidliche Zeugenvernehmung im Einspruchsverfahren nach § 1598 RVO.

9. Nach Altena. Antwort: Daß das Versicherungsamt im Rahmen der Ermittlungen nach § 1598 RVO. Zeugen auch eidlich vernehmen kann, wenn es dies zur Klarstellung der Sache für erforderlich erachtet, halten wir im Hinblick auf § 24 der Verordg. über das Verfahren in Verbindung mit § 1652 RVO. nicht für zweifelhaft, sofern nur die eidliche Vernehmung keine erheblichen Weiterungen oder Kosten verursacht.

Verjährung von Krankengeldansprüchen während des Krieges.

10. Nach F. Frage: Der frühere Magaziner jetzige Kriegsinvalide S. war ununterbrochen lange Jahre Mitglied unserer Kasse, bis er Anfang August 1914 zum Kriegsdienst einberufen wurde. Er wurde am 20. August 1914 bei Steige in Elsaß-Lothringen infolge Schlaganfalls auf lange Zeit krank und ist heute noch teilweise gelähmt. S. hätte Anspruch auf Krankengeld für 26 Wochen gehabt, wenn er sich darum beworben hätte. So aber hat sich S. erst am 14. Okt. 1916 um Krankengeld beworben und mußte im Hinblick auf § 223 RVO. abgewiesen werden. Besteht eine rechtliche Möglichkeit, dem S. das Krankengeld zu gewähren?

Antwort: Nach den Verordnungen vom 4. November 1915 (RGBl. S. 732) und vom 26. Oktober 1916 (RGBl. S. 1198) verjähren die in §§ 196, 197 des BGB. bezeichneten Ansprüche (soweit sie nicht bereits am 22. Dezember 1914 verjährt waren) nicht vor Ende 1917; dies gilt auch insoweit als für die Ansprüche die Verjährungsfrist durch andere reichsgesetzliche Vorschriften als §§ 196, 197 BGB. geregelt ist. Das trifft auf Krankengeldrückstände zu. Sie gehören, da sie nach § 210 RVO. mit Ablauf jeder Woche zahlbar sind, zu den im § 197 BGB. erwähnten „regelmäßig wiederkehrenden Leistungen". Der Anspruch darauf verjährt also nicht vor Ende 1917.

Weiterversicherung durch Fortzahlung der bisherigen Pflichtbeiträge.

11. Nach Hirschberg. Antwort: Der Anzeige der Weiterversicherung steht es nach § 313 Abs. 2 Satz 3 RVO. gleich, „wenn in der gleichen Frist die satzungsmäßigen Beiträge voll gezahlt werden". Diese Vorschrift ist so allgemein gefaßt, daß man es für hinreichend erachten muß, wenn die Beiträge, sei es vom Versicherten selbst oder von einem Dritten für ihn, in der Absicht der Weiterversicherung „gezahlt" werden; es erscheint nach dieser Fassung nicht notwendig, daß die Beiträge auch von der Kasse in Kenntnis jener Absicht „entgegengenommen" werden. So ist auch die entsprechende Vorschrift des § 27 KVG. vom preuß. OVG. ausgelegt worden (Arb.Vers. 1901 S. 342) und in gleichem Sinne wird auch § 313 RVO. ausgelegt, z. B. von Hahn in Anm. 7 und Hoffmann in Anm. 13. Danach würde es nicht gerechtfertigt sein, wenn der Kassenvorstand die Beiträge, die im vorliegenden Falle wohl unzweifelhaft zum Zwecke der Weiterversicherung gezahlt worden sind, als Pflichtbeiträge wegen unterlassener Abmeldung nach § 397 Abs. 1 verrechnen, die Weiterversicherung aber nicht gelten lassen will, weil der Vorstand infolge der unterbliebenen Abmeldung die

Beiträge in der Meinung entgegengenommen habe, daß das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis und die Pflichtmitgliedschaft noch fortdauere. Vielmehr liegt die Sache so, daß der Arbeitgeber die Beiträge bis zur Abmeldung des aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung Ausgeschiedenen auf Grund des § 397 Abs. 1 noch jetzt nachzuzahlen hat, obwohl die Kasse für denselben Zeitraum Beiträge aus einem anderen Rechtsgrunde bereits empfangen hat. Zu vgl. Entsch. des RVA. in Arb.Vers. 1915 S. 711.

Anspruch gegen die Krankenkasse auf Bezahlung von Krankenhauskosten?

12. Nach R. Antwort: Einen Anspruch hat der Versicherte immer nur auf die Leistungen aus § 182 RVO.; statt dieser Leistungen Krankenhauspflege zu gewähren, ist nach § 184 RVO. immer nur ein Recht, nie eine Pflicht der Kasse. Auch in Fällen, in denen die Krankenhilfe sachgemäß nur im Krankenhause gewährt werden kann, darf die Kasse diese Art der Leistung dem Armenverbande überlassen, dem sie dann Ersatz nur in den Grenzen der §§ 1531 ff. RVO. zu gewähren hat. Hat also die Kasse unter keinen Umständen die Pflicht, Krankenhauspflege zu gewähren, oder deren Kosten zu übernehmen, so kann auch derjenige keinen Anspruch auf Ersatz der Kosten erheben, der durch die Gewährung der Krankenhauspflege eine Pflicht der Kasse als Geschäftsführer ohne Auftrag übernommen und erfüllt zu haben meint oder behauptet (§§ 679, 683 BGB.). Wir meinen daher, daß die Berufung gegen das Urteil des Amtsgerichts Erfolg haben muß, bemerken aber, daß die ordentlichen Gerichte, wo das Gesetz nicht etwas anderes vorschreibt, an die Rechtsauslegung und Entscheidungen der Versicherungsbehörden nicht gebunden sind, und daß nur deshalb die Möglichkeit eines Mißerfolges nicht ganz auszuschließen ist.

Wochen- und Krankengeld bei Erkrankung nach der Entbindung.

13. Nach Breslau. Antwort: Richtig ist, daß eine Wöchnerin, die nach der Entbindung erkrankt, den Wochengeldbezug nicht unterbrechen und zunächst Krankengeld beanspruchen kann. (Vergl. Hahn, Handb. d. Krankenvers., Anm. 7 zu § 195). Hat aber die Kasse, wozu sie berechtigt ist, Krankengeld für 2 Wochen vor der Entbindung gewährt, so endet eben der Wochengeldbezug bereits mit dem Ablauf der 6. Woche, nicht der 8. nach der Entbindung, und die Wöchnerin hat nunmehr Anspruch auf Krankengeld.

Anrechnung der Kriegsjahre bei Pensionierung der Kassenbeamten.

14. E. (im Felde). Antwort: Die Krankenkassenbeamten, denen die Rechte und Pflichten der Gemeindebeamten übertragen sind, haben in allen wesentlichen Punkten Anspruch auf Gleichstellung mit den Kommunalbeamten. Zu den wesentlichen Punkten ist auch die Regelung der Ruhegehaltsansprüche zu rechnen, da ja gerade hiermit ihre Beamteneigenschaft zusammenhängt (§ 359 Abs. 1 und 4 RVO.). Nach § 12 des Komm.-Beamten-Ges. haben in Preußen die Kommunalbeamten Anspruch auf Ruhegehalt nach den für die unmittelbaren Staatsbeamten geltenden Grundsätzen. Für diese gilt das Gesetz vom 27. März 1872 mit gewissen später in Kraft getretenen Aenderungen (vgl. Ledermann-Brühl, Komm.-Beamten-Ges. 2. Aufl. S. 120). Dort ist (im § 17) bestimmt, daß für jeden Krieg, an dem ein Beamter im preußischen oder im Reichsheer teilgenommen hat, zu seiner wirklichen Dienstzeit ein Jahr zugerechnet wird und daß für gewisse einzelne Fragen, insbesondere auch für die Frage, unter welchen Voraussetzungen bei Kriegen von längerer Dauer mehrere Kriegsjahre anzurechnen sind, die in jedem Falle ergehende Bestimmung des Kaisers maßgebend ist. Unseres Wissens ist eine Bestimmung über Anrechnung mehrerer Dienstjahre für den gegenwärtigen Krieg bisher nicht getroffen; vermutlich wird sie erst nach dem Krieg erlassen werden. Dies alles hat unseres Erachtens, soweit nicht etwas Besonderes bestimmt wird, auch für die Krankenkassenbeamten zu gelten.

Lieferung von Heilmitteln durch die Kassen selbst.

15. Nach Jena. Antwort: Der Kasse liegt nach § 182 RVO. die „Versorgung" der Versicherten mit Arznei und anderen Heilmitteln ob. Darin liegt, daß sie die Versicherten ebensowohl auf den Bezug aus Apotheken oder anderen Verkaufsstätten verweisen als auch selbst die Mittel beschaffen und liefern kann. Ausgenommen von der Lieferung durch die Kassen sind nur solche Mittel, die nur in Apotheken feilgehalten oder verkauft werden dürfen. Diese werden durch Kaiserliche Verordnung bezeichnet. Wir müssen anheimgeben, diese im Reichsgesetzblatt 1901 S. 380 und 1911 S. 181 daraufhin durchzusehen, ob die in Frage stehenden Mittel zu den vom freien Verkehr ausgeschlossenen gehören.

Kriegs- und „ähnliche" Dienste.

16. Nach Amberg. Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung. Es genügt als Voraussetzung des Anspruchs auf Kriegswochenhilfe, daß der Ehemann der Wöchnerin „Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste" leistet. Das trifft bei dem krank aus dem Felde zurückgekehrten, dem technischen Betriebsbataillon zugeteilten und in der Gewehrfabrik beschäftigten Soldaten zu. Wenngleich er für seine Arbeit einen Stundenlohn bezieht, ist seine Beschäftigung doch eine militärdienstliche. Das tritt besonders auch darin zutage, daß ihm auf diesen Lohn die Militärlöhnung angerechnet wird. Ersichtlich ist seine Tätigkeit keine frei gewählte Erwerbstätigkeit, sondern lediglich Erfüllung der aus seinem Militärverhältnis fließenden Pflichten, wofür er nur eine der besonderen Art der Dienstleistung angepaßte höhere Löhnung empfängt. Sie fällt daher unter den Begriff der „ähnlichen" Dienste. Zu vgl. Sonderhoff in Arb.Vers. 1915 S. 2, 3; auch Arb.Vers. 1915 S. 504 Ziff. 17.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamerstraße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1157 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 11. Dezember 1916 | Heft 35

Die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes nach § 567 RVO.

Von Arbeitersekretär H. Dolleschel in München.

Die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes hat durch die Einführung der Reichsversicherungsordnung gegenüber den früheren Bestimmungen verschiedene Abänderungen erfahren. Zunächst ist in § 563 durch Erhöhung des voll anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienstes von 1500 auf 1800 ℳ eine wesentliche Besserung festzustellen. Die Berechnungsweise in den §§ 564, 565 und 566 deckt sich im wesentlichen mit den Bestimmungen in § 10 Abs. 2 und Satz 1 in Abs. 3 des GUVG. Ausgeschaltet wurde in § 10 Abs. 3 der zweite Satz. Diese Bestimmung lautete: „Ist dies nicht möglich, so ist der dreihundertfache Betrag desjenigen Arbeitslohnes zu Grunde zu legen, welchen der Verletzte während des letzten Jahres vor dem Unfall an denjenigen Tagen, an welchen er beschäftigt war, im Durchschnitt bezogen hatte." Hierdurch war es möglich, für jene Arbeiter, die in Betrieben mit kurzen Arbeitszeiten im Jahre beschäftigt waren oder die selbst nur kurze Arbeitszeiten aufzuweisen hatten, den von ihnen im Unfallvorjahre tatsächlich erzielten Arbeitslohn der Rentenberechnung zu Grunde zu legen. War der Arbeiter nur ganz kurze Zeit im Betriebe beschäftigt und hatte er die übrige Zeit keine Arbeit, so konnte immer noch auf die Bestimmung des § 10 Abs. 4 zurückgegriffen werden. Für den hochentlohnten Arbeiter kamen dadurch verhältnismäßig wenig Schädigungen vor, auch wenn er nur kurze Zeit in einem Betriebe arbeitete, welcher eine kurze Betriebszeit im Jahre hatte.

Das Reichsversicherungsamt hat für solche Arbeiter den § 10 Abs. 3 Satz 2 in ständiger Rechtsprechung für anwendbar erklärt, indem gesagt wurde: „In den Fällen des Abs. 3 Satz 2 ist der gesamte Arbeitslohn zu berücksichtigen, den der Verletzte während des letzten Jahres vor dem Unfall verdient hat, auch derjenige, welcher erworben ist durch Arbeiten außerhalb des Betriebes, in dem sich der Unfall ereignet hat" (Rek.-Entsch. 1986 Amtl. Nachr. 1903 S. 348 und Rek.Entsch. vom 17. Juni 1905, Pr.L. 19063/04 (Erw.Sen.). Im Handbuch der Unf.-Vers. Bd. I Anm. 18 zu § 10 S. 276 wurde sogar auf eine besondere Kategorie von Arbeitern — die Berliner Putzer — hingewiesen, welche nicht dauernd in einem Betriebe Beschäftigung finden, sondern im Laufe eines Jahres und zwar recht häufig ihre Arbeitsstelle und den Arbeitgeber wechseln.

Richtig ist nun allerdings, wie auch in der Reichstagskommission bei Beratung der RVO. hervorgehoben wurde, daß die Berechnung nach § 10 Abs. 2 Satz 2 manchmal mit erheblichen Schwierigkeiten verknüpft war, wenn der Arbeiter recht viele Arbeitsstellen während des Jahres vor dem Unfall hatte. Diese Schwierigkeiten waren aber nicht unüberwindlich und sind in den meisten Fällen bei einigermaßen gutem Willen der Berufsgenossenschaften und des Verletzten überwunden worden.

Die Berechnungsart nach der angeführten Bestimmung wurde durch die RVO., wie bemerkt, ausgeschaltet und an ihre Stelle trat § 567 RVO., welcher nun bestimmt: „Ist die betriebsübliche Zahl der Arbeitstage im Jahre so gering, daß die im Betriebe Beschäftigten regelmäßig noch anderweit Arbeit gegen Entgelt verrichten, so wird in den Fällen der §§ 565, 566 für die an 300 fehlende Zahl von Arbeitstagen der Ortslohn für Erwachsene über einundzwanzig Jahre, der zur Zeit des Unfalls für den Beschäftigungsort des Versicherten festgesetzt ist und dem nach § 565 oder 566 berechneten Betrage zugezählt."

Durch die Einschaltung des § 567 werden eine große Anzahl von Arbeitern geschädigt. Es kommen eine ganze Reihe von Arbeitern in Betracht, die im Baugewerbe nur zeitweise beschäftigt und meist ziemlich hoch entlohnt sind. Trifft nun einen derartigen Arbeiter ein Unfall in einem kleinen Betriebe, in welchem er vielleicht nur aushilfsweise oder ganz vorübergehend beschäftigt war, so kann er und unter Umständen seine Hinterbliebenen großen Schaden erleiden. Es gibt Baubetriebe die 50 bis 70 Arbeitstage im Jahre als betriebsüblich bezeichnen, Kleingewerbetreibende die im Jahr nur einen kleinen Bau ausführen und Facharbeiter nur auf einzelne Tage einstellen.

So kann es vorkommen, daß Arbeiter die im Taglohn 6 bis 8 ℳ das ganze Jahr durch vor dem Unfall verdienten, also ein Jahreseinkommen von 1800 bis 2000 ℳ erzielten, dann, weil sie der Unfall in einem kleinen Betriebe betroffen hat, Renten aus einem Jahresarbeitsverdienst von 900 bis 1100 ℳ erhalten. Daß die Fälle jeden Tag vorkommen können, beweisen Fälle aus der Praxis und Entscheidungen der Spruchbehörden.

So erlitt der Maurer D. am 11. Novbr. 1913 einen Unfall. Der Arbeitgeber gab eine übliche Betriebsweise von 78 Tagen im Jahre an. Der Arbeiter verdiente an diesen 78 Tagen 475,02 ℳ, also durchschnittlich einen Betrag von 6,09 ℳ. Für die übrigen, zu 300 fehlenden Arbeitstage wurde der Ortslohn mit 3,70 ℳ zur Berechnung herangezogen, so daß sich ein Gesamtjahresarbeitsverdienst von 1296,42 ℳ ergab. Die Vollrente hieraus betrug monatlich 72,95 ℳ. Wäre der tatsächliche Verdienst des Arbeiters im Unfallvorjahre angenommen worden, hätte sich eine monatliche Rente von ca. 100 ℳ ergeben. Wird dieser Arbeiter durch den Unfall arbeitsunfähig, so erleidet er und mit ihm seine Angehörigen einen jährlichen Ausfall von 336 ℳ. Die Berufung gegen diesen Bescheid wurde mit Urteil des Oberversicherungsamts M. vom 22. Juli 1914 als unbegründet abgewiesen.

Oder der Maschinist K. ist bei Ausbruch des Krieges arbeitslos. Er stellt sich einem Dampfdreschmaschinenbesitzer zur Verfügung und erhält einen Barlohn von 2,50 und Naturalien im Werte von 2,97 ℳ. Am dritten Arbeitstage verunglückt er und muß infolge des Unfalls das rechte Bein amputiert werden. Die Berufsgenossenschaft berechnete den Jahresarbeitsverdienst folgendermaßen: „Da der Verletzte noch kein volles Jahr vor dem Unfall im Betriebe beschäftigt war, so ist nach § 565 RVO. die Zahl von drei Tagen, an denen der Verletzte im Betriebe gearbeitet hat, zu vervielfältigen mit dem durchschnittlichen Verdienst von 4,30 ℳ, den er selbst für den vollen Arbeitstag erzielt hat. Das ergibt 12,90 ℳ. Zugezählt wird für die übrigen 297 Arbeitstage der vor dem Unfall auf 3 ℳ ermittelte Ortslohn. Das ergibt 297 × 3 ℳ = 891 ℳ. Als Jahresarbeitsverdienst kommt hiernach in Betracht 903,90 ℳ."

Auf eingelegten Einspruch sah sich die Berufsgenossenschaft veranlaßt, neben dem eigenen Verdienst nunmehr auch den eines gleichartigen Arbeiters mit 274,50 ℳ für 61 Arbeitstage heranzuziehen und die Naturalien etwas höher zu berechnen, so daß sich nunmehr ein Jahresarbeitsverdienst von 996 ℳ ergeben hätte. Da der Wert der Naturalbezüge noch immer nicht richtig berechnet war, wurde Berufung erhoben. Das Oberversicherungsamt billigte die Berechnungsweise der Berufsgenossenschaft bis auf die Berechnung der Naturalbezüge, welche höher anzusetzen

waren. Es ergab sich dann ein Jahresarbeitsverdienst von 1076,70 ℳ. Rekurs war nicht zulässig, da es sich um eine vorläufige Rente handelte. Der Arbeiter hatte vor dem Unfalle nachgewiesenermaßen einen Jahresarbeitsverdienst von 1622 ℳ erzielt. Da es sich um eine dauernde hohe Rente (80 %) handelt, ist der Schaden für den Arbeiter natürlich sehr bedeutend. Wäre die Rente aus seinem wirklichen Arbeitsverdienst aus dem Jahre vor dem Unfalle berechnet worden, so würde die monatliche 80proz. Rente 72,10 ℳ betragen, während sie tatsächlich nach der Berechnung des Oberversicherungsamts 47,90 ℳ beträgt. Wäre die Rentenberechnung nicht angefochten worden, so hätte sie monatlich nur 40,20 ℳ betragen. Nimmt man an, daß der Arbeiter 20 Jahre Rente bezieht, so ergibt sich bei der Annahme der Weitergewährung der 80proz. Rente zwischen der Berechnung des Oberversicherungsamts und der Rentenberechnung nach dem wirklichen Jahresarbeitsverdienst in den 20 Jahren ein Unterschied von 5814,40 ℳ. Bei der für den Arbeiter noch ungünstigeren Berechnung durch die Berufsgenossenschaft ergibt sich für den Arbeiter und dessen Angehörigen ein Schaden von 7651,20 ℳ.

Eine ähnliche Grundlage der Rentenberechnung findet sich in einer Rek.Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts vom 28. Okt. 1916 (Nr. III a 349). Auch hier findet die Berufsgenossenschaft zunächst keinen gleichartigen Arbeiter. Der Verletzte war nach den Lohnlisten an 25 Tagen in dem Betriebe beschäftigt und hat in dieser Zeit 97,75 ℳ verdient. Nähere Erhebungen, warum der Arbeiter, welcher einen hohen Stundenlohn hatte, nur pro Tag 3,90 verdient haben sollte, wurden nicht gepflogen. Die übliche Betriebsweise wurde vom Arbeitgeber mit 100 Tagen angegeben. Es wurde nun berechnet 100 Tage zu 3,90 ℳ = 390 ℳ und für 200 Tage der Ortslohn mit 3,70 ℳ = 740 ℳ, so daß der Rentenberechnung ein Jahresarbeitsverdienst von zusammen 1130 ℳ zu Grunde zu legen war. Auf eingelegten Einspruch und erhobene Berufung wurde der Jahresarbeitsverdienst vom Oberversicherungsamt N. folgendermaßen berechnet: 17 eigene Arbeitstage mit einem Durchschnittsverdienst von 5,75 ℳ = 97,75 ℳ; dazu 263 Arbeitstage eines gleichartigen Arbeiters mit einer üblichen Arbeitsweise von 280 Arbeitstagen im Jahre = 1591,15 ℳ; zusammen also 1688,90 ℳ.

Bei der Festsetzung der Dauerrente setzte die Berufsgenossenschaft den Jahresarbeitsverdienst nunmehr mit 1339,90 ℳ fest. Das Oberversicherungsamt blieb auf seiner Berechnung bestehen. Das Landesversicherungsamt hat die Entscheidung des Oberversicherungsamts aufgehoben und den Endbescheid der Berufsgenossenschaft wieder hergestellt. In der Begründung der Entscheidung wird zum Ausdruck gebracht, daß nicht die Arbeitszeit fremder Betriebe, sondern nur der unfallbringende Betrieb zur Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes herangezogen werden kann. Es kämen auch nicht andere Arbeiter im Betriebe bei der Festsetzung der üblichen Betriebsweise, sondern nur gleichartige Arbeiter in Betracht.

Eine ähnliche grundsätzliche Entscheidung hat übrigens auch das sächs. Landesversicherungsamt unterm 13. Mai 1916 (Breithaupt V S. 353) gefällt.

Zu welchen Verhältnissen die Auslegung des § 567 führen kann, zeigt folgendes Beispiel: Ein Rabitzwandmaurer, welcher in der Großstadt mit 7 ℳ Taglohn entlohnt wird, erhält von einem Kleinmeister in einem Marktflecken den Auftrag eine Rabitzmauer aufzuführen. Die Arbeit nimmt 3 Tage in Anspruch. Er erhält für den Arbeitstag 8 ℳ Lohn. Infolge einer in diesem Betriebe erlittenen Verletzung stirbt der Arbeiter. Der Ortslohn für den betreffenden Bezirk beträgt 2 ℳ. Ein gleichartiger Arbeiter ist nicht vorhanden, weil die andere Arbeit der Kleinmeister allein ausführte. Der Jahresarbeitsverdienst muß unter Anwendung der §§ 565, 567 zu folgendem Ergebnis führen: 3 Tage eigener Verdienst des Arbeiters zu 8 ℳ ergibt 24 ℳ. Hierzu für die übrigen 297 Tage der maßgebende Ortslohn mit 297 × 2 ℳ = 594 ℳ. Hiernach wird der Rentenberechnung für

die Hinterbliebenen ein Jahresarbeitsverdienst von zusammen 618 M zu Grunde gelegt. Die Witwe mit zwei Kindern erhält eine Hinterbliebenenrente von jährlich 364,80 M. Wäre aber der tatsächliche Arbeitsverdienst des Mannes mit 300 mal 7 M angenommen worden, hätte die Witwe mit zwei Kindern auf eine Hinterbliebenenrente von 1140 M jährlich Anspruch. — Der Zustand, wie er durch die so ausgelegte Bestimmung des § 567 RVO. geschaffen worden ist, ist für die davon betroffenen Arbeiter und deren Angehörige außerordentlich bedauerlich. Hat der Arbeiter das Unglück in einem Betriebe mit kurzer Betriebszeit — es können 3 Tage sein — und in einem Orte mit niedrigem Ortslohn einen schweren Unfall zu erleiden, so steht die Unfallrente, die er erhält, in einem schreienden Mißverhältnis zu seinem früheren tatsächlichen Einkommen. Will der gut bezahlte Arbeiter sich schützen vor derartigen Gesetzesbestimmungen und Auslegungen, so bleibt ihm nichts anderes übrig, als die Betriebe mit kurzen Arbeitszeiten zu meiden, denn es kann ihm nicht zugemutet werden, daß er und seine Familienangehörigen dafür büßen sollen, daß der Arbeitgeber in seinem Betriebe nur vorübergehend Beschäftigung hat. Wenn eine Reform der Reichsversicherungsordnung kommen soll, wird sie hier nicht vorübergehen können ohne Abhilfe zu schaffen, die dringend notwendig ist.

Mehrleistungen der Krankenkassen während des Krieges.

Es ist eine ständig wiederkehrende Erfahrung, daß Aenderungen eines Gesetzes, die nicht in die Form einer genauen Wiedergabe des fortan geltenden Textes, sondern in einen allgemeinen Grundsatz gekleidet werden, in der Regel der Auslegung große Schwierigkeiten bereiten und zu unlösbaren Zweifeln Anlaß geben. Das trifft in erhöhtem Maße dann zu, wenn der Wortlaut und die Begründung der Neuerung miteinander im Widerspruch stehen. So geht es auch mit dem § 1 des Gesetzes, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337), welcher lautet:

„Für die Dauer des gegenwärtigen Krieges werden bei sämtlichen Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen die Leistungen auf die Regelleistungen und die Beiträge auf 4½ vom Hundert des Grundlohns festgesetzt. Laufende Leistungen bleiben unberührt.

Das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) kann auf Antrag des Vorstandes einer Krankenkasse verfügen, daß niedrigere Beiträge erhoben oder höhere Leistungen gewährt werden, wenn die Leistungsfähigkeit dieser Kasse gesichert ist. Das Versicherungsamt hat auf solchen Antrag alsbald zu beschließen. Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig."

Die Vorschrift stellt also für die Dauer des jetzigen Weltkriegs eine Aenderung der Vorschriften der RVO. über die Bemessung der Beiträge, sowie über die Beschlußfassung und Genehmigung der Satzung dar. In Betracht kommen namentlich die §§ 324, 345 Abs. 2 Nr. 6, §§ 387 ff. RVO. Die praktische Bedeutung der Vorschrift geht dahin, daß während der Dauer des Krieges niemals höhere Beiträge als 4½ vom Hundert des Grundlohns erhoben werden dürfen und in der Regel nur die Regelleistungen gewährt werden sollen. Die Gewährung von Mehrleistungen ist nur zulässig, wenn der Beschlußausschuß des Versicherungsamts sie auf Antrag des Kassenvorstandes verfügt; während des Krieges ist also hier die Mitwirkung des Ausschusses bei der Beschlußfassung über die Herabsetzung der Beiträge und über die Gewährung von Mehrleistungen ausgeschlossen, weil eine Satzungsänderung nicht nötig ist. Der Ausschuß darf eine Aenderung auf dem Gebiete der Beiträge und Leistungen nicht vornehmen.

Mit diesem aus dem Wortlaut des Gesetzes sich ergebenden Rechtszustand stehen die Ausführungen in der Begründung nicht im Einklang; es heißt dort:

„Zweifellos sind viele Krankenkassen so gestellt, daß sie auch bei niedrigen Beiträgen

und höheren Leistungen als die im § 1 vorgeschriebenen recht leistungsfähig werden. Es besteht keine Veranlassung, auch für diese Kassen jene Einschränkung Platz greifen zu lassen. Daher ist den Kassenvorständen die Befugnis gegeben, unter Nachweis ihrer Leistungsfähigkeit bei dem zuständigen Versicherungsamt zu beantragen, daß höhere Leistungen, z. B. die Familienversicherung, in Kraft bleiben und daß niedrigere Beiträge erhoben werden. Das Versicherungsamt hat solche Anträge umgehend zu erledigen und ihnen stattzugeben, wenn nach seiner Ueberzeugung die Leistungsfähigkeit gesichert ist. Wo Kassenvorstand und Versicherungsamt sofort diese Aufgabe in Angriff nehmen, können die gegenwärtigen Verhältnisse einer Kasse unverändert fortgeführt werden."

Wird auf diese Ausführungen das entscheidende Gewicht gelegt, so kann die Bedeutung des § 1 Abs. 2 nur dahin gehen, daß das abweichende Verfahren bei Erhöhung der Leistungen nur zur Wiedereinführung der mit dem Ausbruch des Krieges beseitigten Mehrleistungen dient, daß also, sobald es sich um die Einführung neuer Leistungen handelt, das Regelverfahren nach der RVO. Platz greifen soll. Danach wäre dann in jedem Falle zu untersuchen, ob die „höhere Leistung" vor Ausbruch des Krieges schon bestanden hat oder nicht. Handelt es sich um die Wiedereinführung der früheren Leistungspflicht, so genügt der Antrag des Kassenvorstandes und die Verfügung des Versicherungsamts; handelt es sich aber um eine neue Mehrleistung, so hat zunächst der Ausschuß die Aenderung der Satzung zu beschließen und das Oberversicherungsamt über ihre Genehmigung zu befinden.

Diesen Erwägungen ist aber das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 16. September d. Js. nicht gefolgt. Es hat vielmehr den Grundsatz aufgestellt, daß jede Mehrleistung während der Geltungsdauer des Gesetzes vom 4. August 1914 nur vom Versicherungsamt auf Antrag des Kassenvorstandes „verfügt" werden kann, einerlei, ob es sich um eine in der Satzung bereits vorhandene oder um eine ganz neue Mehrleistung handelt. Insofern soll aber ein verschiedenes Verfahren Platz greifen, als zur Einführung einer ganz neuen Mehrleistung die Aenderung der Satzung durch den Ausschuß gemäß § 345 Abs. 2 Nr. 6 RVO. und die Genehmigung dieser Aenderung durch das Oberversicherungsamt gemäß § 324 RVO. dem Antrage des Kassenvorstandes und der Verfügung des Versicherungsamts vorangehen müssen. Mit dem Verfahren, das die Gesetzgebung in ruhigen Zeiten für ausreichend hält, soll es demnach nicht genug sein, es soll vielmehr, nachdem das Oberversicherungsamt bei Genehmigung der Satzungsänderung die Leistungsfähigkeit der Krankenkasse für die Einführung der Mehrleistung geprüft hat, das Versicherungsamt nochmals die Leistungsfähigkeit der Kasse prüfen. Obwohl durch die Genehmigung der Satzung bereits für die Mitglieder der Anspruch auf die Leistung begründet ist, soll das Versicherungsamt obendrein die Leistungspflicht der Kasse „verfügen". Es bedarf keiner näheren Darlegung, daß eine solche Häufung von Verfahren jedes inneren Grundes entbehrt und auch der Stellung des Oberversicherungsamts kaum entspricht. Das Beste wäre daher schon, wenn der § 1 Abs. 2 a. a. O. nunmehr wieder beseitigt würde, denn er hat seine Schuldigkeit getan. Soweit die Krankenkassen nicht sofort an die Wiedereinführung der abgeschafften Mehrleistungen herangegangen sind, liegt kein Grund vor, das vereinfachte Verfahren beizubehalten. Es steht nichts im Wege, daß auch hinsichtlich der Beiträge und Leistungen nach der Regel des Gesetzes verfahren wird, nur mag die Beschränkung bestehen bleiben, daß höhere Beiträge als 4½ v. H. des Grundlohns nicht erhoben werden dürfen.

B. G.

Die Krankenversicherung der Dienstboten in der Praxis.

Von Arbeitersekretär Fr. Kleeis in Halle a. S.

Die am 1. Januar 1914 eingeführte Krankenversicherungspflicht der Dienstboten war für alle Beteiligten eine einschneidende Neuerung. Namentlich die Krankenkassen wurden vor manche neue Aufgabe gestellt. Die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften enthalten eine Reihe namentlich für die Kassen fühlbare Mängel und Unklarheiten. Daneben bestanden Befürchtungen, daß die Dienstboten für die Kassen eine drückende finanzielle Last würden. Es dürfte deshalb angebracht sein, einmal einen Ueberblick darüber zu geben, welche Erfahrungen inzwischen die Krankenkassen mit der Versicherung der häuslichen Dienstboten gemacht haben.

Zunächst ist festzustellen, daß die häuslichen Dienstboten bei vielen Kassen einen erheblichen Teil der Mitgliederzahl bilden, namentlich dort, wo keine besondere Dienstboten- oder keine Landkrankenkasse besteht. Bei der Allgem. Ortskrankenkasse Weimar machten im Jahre 1915 die 1712 Dienstboten 16,8 v. H. der Gesamtmitgliederzahl aus, im Jahre 1914 waren es 18,8 v. H. Aehnlich war es bei folgenden Kassen: Guben 1184 (14,3 v. H.), Halle a. S. 4275 (14,7), Fulda 859 (18,5), München 25 700 (17,7), Krefeld 3060 (12,0), Wiesbaden 6091 (25,0), Neumünster 770 (7,7), Kassel 5185 (25,0), Bergedorf 1055 (18,0), Bernburg 1011 (16,0), Königsberg 5952 (17,0), Erlangen 513 (9,0), Ludwigshafen a. Rh. 2200 (15,0 v. H.). Die Zahl der männlichen Dienstboten ist überall nur sehr gering, wie folgende Zahlen beweisen. Es hatten zu verzeichnen Braunschweig 36 männliche und 4546 weibliche, Cottbus keine männlichen, 1200 weibliche, Ohligs 3 bzw. 520, Offenbach a. M. 9 bzw. 1375 (gegen 1843 im Jahre 1914), Nürnberg 46 bzw. 7237, Posen 1635 bzw. 3613, Gera 53 bzw. 1401, Nordhausen 5 bzw. 1007, Stellingen 10 bzw. 411, Forst i. L. 25 bzw. 682, Lüdenscheid 5 bzw. 626, häusliche Dienstboten.

Nach der amtlichen Statistik der Krankenversicherung im Kgr. Bayern hatten im Jahre 1914 sämtliche Zwangskrankenkassen in Bayern 828 454 männliche und 515 673 weibliche Versicherte. Davon waren 50 743 männliche und 161 959 weibliche Dienstboten. Alle diese Zahlen stellen nur die wirklichen Dienstboten dar. Die Aufwärterinnen, Waschfrauen usw. werden anderweit gesondert gezählt und wie die anderen Versicherten behandelt. Wie groß die Zahlen dieser sind zeigt z. B. die Allgem. Ortskrankenkasse Friedenau, die allein 505 Aufwärterinnen nachweist. Die Allgem. Ortskrankenkasse Königsberg zählt 125 Wäscherinnen, 711 Wirtschafterinnen usw. Bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Wilmersdorf sind 835 männliche und 3067 weibliche Hausangestellte der verschiedenen Gattungen versichert; die Berufsgruppe ist die größte unter den 14 867 Mitgliedern der Kasse.

Bemerkenswert sind noch folgende statistische Feststellungen. Die Allgem. Ortskrankenkasse Cöln besaß im Jahre 1915 durchschnittlich 11 179 weibliche Dienstboten. Davon waren 655 unter 16 Jahren, 3584 von 16 bis 21 Jahren, 6940 über 21 Jahre. In Berlin gehörten von den bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Versicherten rund 16 000 Dienstboten annähernd zwei Drittel der Lohnstufe II mit dem Tagesverdienst (eingerechnet des freien Unterhalts) von 1,16 bis 2,15 ℳ an. Ein Drittel hatte einen Tagesverdienst von 2,16 bis 3,15 ℳ. Ein ganz kleiner Rest verteilt sich auf die anderen Stufen. Der für die Dienstboten zu entrichtende Kassenbeitrag ist bei den einzelnen Kassen naturgemäß sehr verschieden. Von den rund 3000 häuslichen Dienstboten in Krefeld hatten 1174 einen Wochenbeitrag von 40 Pf. und 1504 einen solchen von 60 Pf. zu entrichten. Entfällt auch hiervon ein Drittel auf die Dienstherrschaft, so ist doch der dem Dienstboten verbleibende Anteil mit Rücksicht auf dessen geringes Einkommen sehr erheblich. Aehnlich hoch sind die Beiträge bei den meisten Kassen.

Als sehr störend hat sich die Möglichkeit der Befreiung der Dienstboten von der Versicherungspflicht (§§ 418, 435 RVO.) erwiesen. Solche Anträge wurden nur dort in größerer Zahl gestellt, wo die Dienstherrschaften Gelegenheit zu Rückversicherungen bei privaten Dienstbotenkrankenkassen hatten. In Straßburg waren Ende des Jahres 1915 zusammen 3401 Dienstboten von der Allgem. Ortskrankenkasse befreit und bei einer privaten Kasse angemeldet. Die Dienstherrschaften haben aber schlechte Erfahrung mit dieser Einrichtung gemacht. Im Jahre 1915 wurden nur 57 Befreiungsanträge gestellt und eine große Anzahl Dienstherrschaften machte die Befreiung rückgängig. In Leipzig wurden im Jahre 1915 zusammen 6175 Anträge auf Befreiung gestellt. Sie stützten sich auf die Mitgliedschaft der betr. Dienstgeber beim Verein der Dienstherrschaften für Krankheitskostenentschädigung. Wie im Vorjahr wurden die Anträge zunächst größtenteils abgewiesen, da der nach § 418 Abs. 2 Ziff. 2 RVO. erforderliche Nachweis der Leistungsfähigkeit nicht als erbracht angesehen werden konnte. Nachdem aber das Oberversicherungsamt Leipzig am 31. März 1915 grundsätzlich entschieden hat, daß die Mitgliedschaft bei dem Verein genügt, um diesen Nachweis zu erbringen, wurde den Befreiungsanträgen, soweit die Dienstboteneigenschaft der zu befreienden Personen anzuerkennen war, stattgegeben. Damit kam der geforderte Nachweis eines Einkommens von mindestens 5000 ℳ und die Stellung einer Sicherheit von 120 ℳ für jeden Dienstboten in Wegfall. Für die befreiten Dienstboten besorgt die Kasse (wie es im Kgr. Sachsen üblich ist) die Verwendung der Invalidenversicherungsbeiträge nicht mehr; der Dienstgeber muß dann diese Geschäfte unter eigener Verantwortung selbst besorgen. In Berlin wurden im Jahre 1914 bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse 32 980 Befreiungsanträge angebracht, von denen 31 587 für zusammen 33 691 Dienstboten genehmigt wurden. Im Jahre 1915 ist die Zahl der Anträge erheblich zurückgegangen. Die Kasse berichtet, daß die Anträge die Quelle vielen Aergernisses und zahlreicher Streitigkeiten seien. Vielfach wurde der Versuch gemacht, Personen zu befreien, die zwar in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen waren, trotzdem aber nicht zu den Dienstboten, sondern zu den Angestellten in gehobener Stellung zu rechnen sind. So hätte erst durch Urteil des Oberversicherungsamtes Berlin entschieden werden müssen, daß Repräsentantinnen, Vorleserinnen oder Gesellschafterinnen nicht zu den Dienstboten gehören. In Berlin hat der weitaus größte Teil derjenigen Dienstherrschaften, die Anträge auf Befreiung einreichten, sich durch die Mitgliedschaft bei dem Dienstboten-Krankenversicherungsverein rückversichert.

Wo keine privaten Versicherungsvereine und Ersatzkassen vorhanden sind, gestalteten sich die Verhältnisse durchaus anders. In Cottbus wurden im Jahre 1914 noch 18 Befreiungsanträge gestellt, im Jahre 1915 aber überhaupt keiner mehr. In Kassel wurden im Jahre 1915 nur von 4 Dienstherrschaften Befreiungsanträge gestellt. In Freiberg wurden Anträge auf Befreiung nur vom Stadtrate gestellt. Eine Beschwerde hiergegen wurde vom Oberversicherungsamt Dresden durch Beschluß vom 11. Juni 1915 zurückgewiesen. Es wurde ausgesprochen, daß die in den städtischen Betrieben und Anstalten mit häuslichen Arbeiten Beschäftigten auch Dienstboten im Sinne der sächsischen Gesindeordnung sind. Der Allgemeinen Ortskrankenkasse Osnabrück gehören 10 männliche und 1623 weibliche häusliche Dienstboten an. Daneben hatten nur 35 Dienstherrschaften 52 Personen befreit. Im Jahre 1914 war die Zahl fast doppelt so groß. In Frankfurt a. M. wurden im Jahre 1915 in nur ganz wenigen Fällen neue Befreiungsanträge gestellt. Dagegen hat eine weit größere Zahl von Dienstherrschaften im Laufe des Geschäftsjahres die Befreiung zurückgezogen, nachdem sie selbst am eigenen Vermögen erfahren hatten, wie erheblich die Aufwendungen für einen schwer erkrankten Dienstboten sein können, und wie unliebsam dabei oft die Auseinandersetzungen mit diesen im Falle der Erkrankung sind. Ende des Jahres 1915 waren nur noch 173 Dienstherrschaften mit

einigen hundert Dienstboten befreit, was gegenüber rund 25 000 versicherten Dienstboten nichts bedeutet. In Halle sind nur etwa 12 Dienstboten von der Versicherung befreit.

Die allgemeine Ortskrankenkasse Magdeburg sagt in ihrem Bericht, daß im Jahre 1915 nur noch in drei Fällen Befreiungsanträge gestellt wurden. Dagegen hätten eine Anzahl Dienstherrschaften ihre Anträge durch Wiederanmeldung des Personals aufgehoben. Sie hätten inzwischen schlechte Erfahrungen gesammelt.

Die Frage, welche Lasten die Dienstboten durch ihre Unterstützungsansprüche den Kassen bereiten, ist noch nicht vollständig geklärt. Bei der Allgem. Ortskrankenkasse Cöln entfielen im Jahre 1915 auf 100 versicherungspflichtige weibliche Mitglieder 8,35 Krankenhausfälle, bei den weiblichen Dienstboten allein 11,28. Die Allgem. Ortskrankenkasse Spandau zählte im Durchschnitt bei allen weiblichen Mitgliedern 9,24 Krankheitstage, bei den Dienstboten allein aber 9,61. Die Ortskrankenkasse München hatte 4083 häusliche Dienstboten zu unterstützen. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Hameln berichtet, daß bei allen versicherungspflichtigen Mitgliedern zusammen auf den Krankheitsfall 14,9 Krankheitstage entfallen, bei den Dienstboten aber 17,6. Nach dem Bericht der Ortskrankenkasse Leipzig dauerte ein Krankheitsfall im Durchschnitt aller Mitglieder 28,2 Tage, bei den Dienstboten allein aber 30,8 Tage. Nicht Unrecht dürfte die Allgem. Ortskrankenkasse Frankfurt a. M. haben, wenn sie sagt, daß bei der Kürze der bestehenden Versicherung und wegen des Einflusses des Krieges auf die Erkrankungsziffer heute noch nicht beurteilt werden kann, ob die Dienstboten ein günstiges oder ein ungünstiges Risiko für die Kassen darstellen. Einige Kassen haben die Einnahmen und Ausgaben für die Dienstboten getrennt berechnet. Die Allgem. Ortskrankenkasse Magdeburg hatte im Jahre 1915 von den weiblichen Dienstboten eine Beitragseinnahme von 156 918 ℳ. Die Ausgaben für dieselben an Barunterstützung usw. betrugen aber 159 475 ℳ, so daß eine Mehrausgabe von 2557 ℳ zu verzeichnen war.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Stuttgart hatte 167 männliche und 17 664 weibliche Dienstboten als Mitglieder. Letztere brachten eine Einnahme von 415 364 ℳ und eine Ausgabe von 496 112 ℳ. In diesem Betrage sind allerdings die anteiligen Verwaltungskosten und der Rücklagen-Soll mit eingerechnet. Sonst wäre der Fehlbetrag von 80 748 ℳ nicht erklärlich.

Die Allgem. Ortskrankenkasse Kiel hatte für 3706 Dienstboten 4362 ℳ Mehreinnahmen. Der Bericht bemerkt aber ausdrücklich, daß diese Mehreinnahmen nicht zur Deckung der gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagen usw. ausreichen. Die Ueberschüsse seien nur ein Drittel so hoch als bei anderen Mitgliedern.

Was die Krankenkassen sonst über die Durchführung der Versicherung der Dienstboten berichten, ist nicht gerade erfreulich. Die Allgem. Ortskrankenkasse Wiesbaden schreibt, daß die Dienstherrschaften der Kasse ganz bedeutende Schwierigkeiten bereiten. Ein erheblicher Teil könne sich schwer in die Gesetzesvorschriften fügen. Nicht allein die Verpflichtung zur An- und Abmeldung werde als höchst umständlich und beschwerlich gefunden, sondern die Einbeziehung der Dienstboten in den Kreis der Versicherungspflichtigen überhaupt. Unliebsame Auseinandersetzungen beim Vollzuge der Meldungen wie auch bei Einholung der Beiträge seien an der Tagesordnung. Hierzu komme die unbeschreibliche Erbitterung, wenn wegen unterlassener Abmeldung die Beiträge fortzuzahlen sind. Auch die Allgemeine Ortskrankenkasse Frankfurt a. M. berichtet, daß sich die Dienstherrschaften in das An- und Abmeldewesen beim Wechsel der Dienstboten nur schwer hereinfinden können.

Die noch sehr ungeklärten umständlichen gesetzlichen Vorschriften über die Krankenversicherung der häuslichen Dienstboten führten zu vielen Streitfällen und Entscheidungen der Versicherungsbehörden. Namentlich dort, wo neben der Allgemeinen Ortskrankenkasse eine Landkrankenkasse besteht und die Frage auf-

tritt, bei welcher Kasse Hausangestellte zu versichern sind. Es wurde durch die Rechtsprechung unter anderem folgendes festgestellt: Der Begriff des Dienstboten im Sinne der Reichsversicherungsordnung bestimmt sich nach den Gesindeordnungen der einzelnen Bundesstaaten; nach der Preußischen Gesindeordnung ist nicht unbedingt Voraussetzung, daß der Dienstbote bei der Dienstherrschaft wohnt. (RVA. 1920 Amtl. Nachr. 1914 S. 770, Arb.Vers. 1915 S. 61; Fälle aus der Praxis, betreffend Tagesmädchen, Erzieherinnen, Hausdamen, nach badischem Recht: Arb.Vers. 1915 S. 441). Dienstboten, die von juristischen Personen (Vereinen, Gesellschaften usw.) beschäftigt werden, unterliegen denselben Vorschriften (auch inbezug auf die Befreiung) wie die anderen, sofern nur der Dienstbote einer von der Herrschaft errichteten Hausgenossenschaft angehört (RVA. 2056 Amtl. Nachr. 1915 S. 594, Arb.Vers. 1915 S. 537; anders OVA. Mannheim das. S. 494). Zur Begründung der zum Dienstbotenbegriff erforderlichen Gemeinschaft genügt es regelmäßig, daß die dem Dienstboten zur Verfügung gestellte Wohnung in demselben Hause liegt, wie die der Herrschaft, auch wenn der Dienstbote nicht von der Herrschaft beköstigt wird; ein so untergebrachter Kraftwagenführer, der auch mit häuslichen Diensten (Tischbedienung, Teppichklopfen usw.) beschäftigt wurde, ist als Dienstbote angesehen worden (RVA. 2237 Amtl. Nachr. 1916 S. 593). Der Ort, an dem ein Dienstbote jährlich fünf Monate auswärts beschäftigt ist, wurde als Beschäftigungsort im Sinne der Reichsversicherung erachtet, so daß für die Dauer des Aufenthaltes daselbst die Anmeldung bei der für diesen Ort zuständigen Krankenkasse zu erfolgen hat (RVA. 1942 Amtl. Nachr. 1914 S. 828). Dienstmädchen in einer Diakonissenanstalt gelten als Dienstboten im Sinne der Krankenversicherung, da sie häusliche Arbeiten zu leisten haben und sich ihre Dienste als „ungemessene" darstellen (vgl. die erwähnte Entsch. 2056 gegen OVA. Mannheim, Arb.Vers. 1915 S. 660). Ein Dienstmädchen, das durchschnittlich täglich zwei bis drei Stunden im Geschäft der Dienstherrschaft als Verkäuferin mithilft, gilt versicherungsrechtlich als Handelsangestellte, nicht als Dienstbote. Das Küchenpersonal eines städtischen Krankenhauses gehört gemäß § 439 RVO. versicherungsrechtlich nicht zu den Dienstboten (vgl. RVA. 2165 Amtl. Nachr. 1916 S. 379, Arb.Vers. 1916 S. 153). Entsprechend wurde hinsichtlich der von einem Frauenklub im eigenen Hause mit häuslichen Diensten beschäftigten Personen entschieden, weil der Klub neben idealen auch Erwerbszwecke verfolgte (Arb.Vers. 1916 S. 605). Ein Dienstmädchen aber, das täglich nur ein- bis eineinhalb Stunden die Bureauräume des Dienstherrn (eines Rechtsanwalts) reinigt, gilt versicherungsrechtlich als Dienstbote. Als Arbeitgeber des Dienstboten gilt immer der Dienstherr, nicht dessen Ehefrau, auch wenn diese die Dienstboten annimmt; es haftet daher der Dienstherr für die Kassenbeiträge usw., doch kann die Ehefrau die Meldungen und ähnliches besorgen (vgl. Arb.Vers. 1915 S. 431 Ziff. 7). Das OVA. Dortmund entschied, daß Halbtagsmädchen nicht zu den Dienstboten gehören und daher bei den Ortskrankenkassen zu versichern sind. In einer Entscheidung vom 30. Oktober 1915 spricht das RVA. aus, daß ein Kinderfräulein, das in die Hausgemeinschaft des Arbeitgebers aufgenommen ist, zu den Dienstboten gehört, wenn niedere Dienste den Schwerpunkt seiner Tätigkeit bilden (2135 Amtl. Nachr. 1916 S. 815, Arb.Vers. 1916 S. 133).

Besonders zahlreich waren die Urteile über die mögliche Befreiung eines Dienstboten von der Versicherungspflicht nach §§ 418, 435 RVO. Bisher wurde angenommen, daß ein Dienstbote seine Zustimmung geben muß, wenn die Dienstherrschaft einen Antrag auf eine solche Befreiung stellen will. Das Reichsversicherungsamt hat entschieden, daß das nicht nötig ist; die fehlende Zustimmung wird dadurch ersetzt, daß die Krankenkasse oder die Versicherungsbehörde dem Antrag des Arbeitgebers auf Befreiung entspricht (2007 Amtl. Nachr. 1915 S. 452, Arb.Vers. 1915 S. 443). In dem Befreiungsantrage brauchen die Leistungen, die der Arbeitgeber an Stelle der Kasse übernimmt, nicht einzeln angegeben zu

werden; es genügt die Erklärung der Dienstherrschaft, eine den Leistungen der Kasse gleichwertige Unterstützung gewähren zu wollen (RVA. 2007; dagegen Hahn in Arb.Vers. 1915 S. 388). In dem Antrage sind die zu Befreienden einzeln zu bezeichnen; die stattgebende Entscheidung gilt nicht für später angenommene Dienstboten (RVA. 2008 Amtl. Nachr. 1915 S. 454). Von dem Nachweis der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers ist abzusehen, wenn diese offenkundig ist. Der Vorstand einer Krankenkasse darf die Befreiung nicht ein für allemal von einer Sicherheitsleistung des antragstellenden Arbeitgebers abhängig machen, ein dahingehender Beschluß einer Krankenkasse ist ungesetzlich (RVA. 2020 Amtl. Nachr. 1915 S. 512). Ist streitig, ob jemand überhaupt als Dienstbote krankenversicherungspflichtig ist, so muß erst hierüber entschieden werden, bevor die Befreiung durchgeführt werden kann (RVA. 2055 Amtl. Nachr. 1915 S. 592). Der von der Krankenversicherung befreite Dienstbote hat seinen Unterstützungsanspruch gegen den Arbeitgeber nicht im Verfahren vor den Versicherungsbehörden (Versicherungsamt usw.), sondern im Verfahren vor den ordentlichen Gerichten (Amtsgericht usw.) zu verfolgen (RVA. 2087 Amtl. Nachr. 1915 S. 667).

Die Leistungen betrafen folgende Entscheidungen: Hat weder der Kassenarzt, noch die Dienstherrschaft, noch das Dienstmädchen selbst die Aufnahme in ein Krankenhaus beantragt, so kann die Krankenkasse allein eigenmächtig diese Aufnahme nicht verfügen; lehnt das Dienstmädchen den Eintritt in das Krankenhaus ab, so kann ihm deshalb das Krankengeld nicht entzogen werden. Erhält ein erkranktes Dienstmädchen Krankenhilfe von einem Dienstbotenverein, so kann es auch noch Krankengeld von der Ortskrankenkasse verlangen, wenn es bei dieser versichert (vielleicht aus Versehen bei dieser nicht „befreit" worden) war.

Manche Streitfrage bleibt trotzdem noch ungeklärt. Es geht nicht so schnell, daß sich auf diesem verwickelten Gebiete einheitliche Richtlinien herausbilden. Wird auch im Laufe der Zeit manche Unebenheit in der Durchführung der Krankenversicherung der Dienstboten noch durch Rechtsprechung und Uebung geglättet werden, so wird es doch unerläßlich sein, daß auch die Gesetzgebung bessernd eingreift. Namentlich bei den Fragen, die mit der Befreiung zusammenhängen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 10 der **Amtl. Nachr.** vom 30. Oktober 1916.)

Zur Unfallversicherung.

Ein Ergänzungsurteil des Oberversicherungsamts kann nur mit dem Rekurse, nicht aber im Beschlußverfahren angefochten werden. — Die Rechtsmittelfristen für die Entscheidungen in der Hauptsache und zur Ergänzung laufen selbständig (2900 Amtl. Nachr. S. 667).

Ob die Dienstbehinderung eines Genossenschaftsangestellten durch Militärdienst „eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" im Sinne des § 616 BGB. dauert, ist nach den Verhältnissen des Einzelfalls zu entscheiden. Das RVA. hat eine Behinderung von nahezu sieben Monaten als erheblich angesehen (2901 Amtl. Nachr. S. 668).

Die mit einem Eisgewinnungsbetriebe verbundene Lagerung des Eises und der Absatz mittels Fuhrwerks sind als Bestandteile des Betriebes bei der örtlich zuständigen Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft mitversichert (2902 Amtl. Nachr. S. 669).

Versandtgeschäfte sind, wenn das kaufmännische Unternehmen über den Umfang des Kleinbetriebs hinausgeht, als Großhandelsgeschäfte bei der Lagerei-Berufsgenossenschaft versicherungspflichtig.

Der Verkauf von Waren in kleineren Mengen zum unmittelbaren Ge- oder Verbrauch stellt sich regelmäßig, sofern er in offenen Läden, im Umherziehen und auf Märkten erfolgt, als Großhandel im Sinne der RVO. dar (2903 Amtl. Nachr. S. 669).

Der Versicherungsträger hat die doppelte Pauschgebühr aus § 80 Abs. 2 RVO. zu zahlen, wenn das Oberversicherungsamt in einem Urteil über die Berufungen des Verletzten gegen zwei

am gleichen Tage erlassene Endbescheide erkannt hat, von denen der eine den Antrag auf Rentenerhöhung zurückwies, der andere die Rente aufhob (2904 Amtl. Nachr. S. 670).

B. Allgemeines.

Versicherungspflicht von Polizeiagenten.

Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 2. Juni 1916.

Das RVA. hat angenommen, daß E. und Gr. als Angestellte des Polizei-Präsidiums und nicht als selbständige Agenten zu betrachten sind. Wenn auch die Polizeiagenten in der Einteilung und Reihenfolge ihrer Arbeiten im allgemeinen selbständig sind, so sind sie doch an die ihnen erteilten Weisungen gebunden; sie empfangen einzelne Aufträge, die sie auszuführen haben, und es steht ihnen nicht frei, den einen oder anderen Auftrag abzulehnen. Sie dürfen auch für keinen anderen Auftraggeber als die Polizei tätig werden. Sie werden auch nicht etwa nach dem Ergebnis ihrer Arbeit oder nach den einzelnen Dienstleistungen bezahlt, sondern erhalten in den ersten beiden Beschäftigungsjahren ein festes Gehalt von monatlich 100 ℳ, später ein Tagegeld von 4 bis 5 ℳ, das auch für die Zeit vorübergehender Erkrankungen gezahlt wird. Es wird ihnen ein Erholungsurlaub gewährt, und sie erhalten im Bedarfsfalle Unterstützung aus öffentlichen Mitteln. Sie stehen sonach in einem Dienstvertragsverhältnis zur Polizeiverwaltung. Ohne Belang ist dabei, daß dieses Verhältnis jederzeit ohne Angabe des Grundes gelöst werden kann; ebensowenig kommt es darauf an, daß sie nicht Beamteneigenschaft besitzen und nicht durch Diensteid verpflichtet sind. Jedenfalls ist ihr persönliches und wirtschaftliches Abhängigkeitsverhältnis gegenüber der Polizeiverwaltung ein derartiges, wie es sonst zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu bestehen pflegt. Damit ist aber die Versicherungspflicht nach § 1226 RVO. gegeben. (Breithaupt.)

C. Zur Krankenversicherung.

Kriegswochenhilfe für Frauen der in Feindesland Zurückgehaltenen.

Erlasse des Reichskanzlers vom 10. März 1916 und 19. Mai 1916 (HMBl. S. 389).

a)

Im Hinblick auf die weitgehende wohlwollende Auslegung bei der Handhabung des Mannschafts-Unterstützungsgesetzes in bezug auf die im Ausland zurückgehaltenen Deutschen habe ich im Einvernehmen mit dem Herrn Staatssekretär des Reichsschatzamts bereits vor Erlaß der Bekanntmachung vom 21. Januar 1916 auf Anfrage erklärt, aus einer entsprechenden Auslegung für die Bekanntmachungen über die Kriegswochenhilfe keinen Anlaß zu Bedenken entnehmen zu wollen, wenngleich der Wortlaut jener Bundesratsverordnungen eine bezügliche Vorschrift nicht ausdrücklich vorsieht. Dabei handelte es sich aber um Personen im wehrfähigen Alter, bei denen die Annahme statthaft war, daß sie durch ihre Zurückhaltung im Ausland daran verhindert waren, dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste zu leisten. Eine weitergehende Auslegung, die auch Zivilgefangene im nicht-wehrfähigen Alter umfaßt hätte, ließ und läßt der Wortlaut und der ausgesprochene Zweck der Verordnungen über die Kriegswochenhilfe nicht zu. Der von den Maßnahmen der Mannschafts-Unterstützung und der Kriegswochenhilfe erfaßte Personenkreis fällt zwar zum großen Teile zusammen, deckt sich aber keineswegs vollständig und braucht letzteres auch nicht notwendig zu tun.

b)

Das Gesetz vom 28. Febr. 1888 / 4. Aug. 1914 hat in der Praxis bereits eine weitgehende Auslegung zugunsten der im Feindeslande zurückbehaltenen Wehrpflichtigen erfahren, die inzwischen durch die Bekanntmachung, betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften vom 21. Januar 1916 (RGBl. S. 55) eine gesetzliche Grundlage erhalten hat. Die Frage, ob eine ähnliche wohlwollende Auslegung auch auf das Gebiet der Kriegswochenhilfe übertragen werden könne, ist daher schon vor Erlaß dieser letzteren Bundesratsverordnung aufgetaucht. Die Annahme lag nahe, daß die Lieferungsverbände sehr geneigt sein würden, auch bei Gewährung der Reichswochenhilfe die gleichen wohlwollenden Grundsätze entsprechend anzuwenden. Ich habe daher auf Anfrage einer Bundesregierung geantwortet, daß zwar nicht zu übersehen sei, wie sich die nach der Reichsversicherungsordnung gegebenenfalls zu einer Entscheidung berufenen Instanzen zu dieser Auslegungsfrage stellen werden, daß es aber in hohem Grade erwünscht sei, wenn die nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 und 28. Januar 1915 berufenen Instanzen nicht anders entscheiden als diejenigen, welche nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 berufen sind.

Ich würde deshalb — im Einvernehmen mit dem Herrn Staatssekretär des Reichsschatzamts — aus einer Auslegung der gedachten Art keinen Anlaß nehmen, Bedenken zu erheben, wenngleich der Wortlaut der Bundesratsverordnungen über Wochenhilfe eine solche Vorschrift nicht ausdrücklich vorsieht.

Keine Kriegswochenhilfe für die Frau eines nicht weiterversicherten Berufssoldaten.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 31. Juli 1916 (2247 Amtl. Nachr. 1916 S. 627).

Nach § 1 Nr. 2 der Bek., betr. Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dez. 1914 erhalten die nicht selbstversicherten Ehefrauen von Kriegsteilnehmern Kriegswochenhilfe nur dann, wenn ihre Ehemänner vor dem Eintritt in den Kriegsdienst auf Grund der RVO. oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen gegen Krankheit versichert waren. Der Anspruch steht demnach nur den Ehefrauen solcher Kriegsteilnehmer zu, die nach ihrem Berufe zu dem Kreise der krankenversicherungspflichtigen Personen gehören oder sich bei einer Kasse freiwillig versichert haben. Beides ist bei dem Ehemann der Klägerin nicht der Fall. Er ist als Berufssoldat nicht versicherungspflichtig, da Personen des Soldatenstandes nicht zu den im § 165 Abs. 1 RVO. bezeichneten Personengruppen gehören. Ebensowenig hat er von dem Rechte der freiwilligen Weiterversicherung bei der Krankenkasse (§ 313 RVO.) Gebrauch gemacht. Seine Ehefrau kann daher Kriegswochenhilfe auf Grund der Bek. vom 3. Dez. 1914 nicht verlangen. Das widerspricht nicht der Entsch. 2084 (Amtl. Nachr. 1915 S. 662). Danach erhält die Ehefrau eines Kriegsteilnehmers Kriegswochenhilfe auch dann, wenn ihr Ehemann bei Beginn des Krieges zur Erfüllung der Wehrpflicht diente, sofern er nur vor dem Eintritt in den Militärdienst in dem im § 1 Nr. 2 der Bek. vom 3. Dez. 1914 bezeichneten Umfang versichert war. Dieser Fall unterscheidet sich wesentlich von dem vorliegenden. Wer lediglich zur Erfüllung der Wehrpflicht dient, gibt dadurch allein seinen bisherigen Beruf noch nicht auf. Sofern er in diesem gegen Krankheit versichert war, ist er auch während des Militärdienstes denjenigen Personen zuzurechnen, die nach ihrem Berufe krankenversicherungspflichtig sind. Dagegen scheidet ein Berufssoldat mit dem Eintritt in den berufsmäßigen Soldatendienst regelmäßig endgültig aus seinem bisherigen Berufe aus. Da er als Soldat nicht versicherungspflichtig ist, kann er somit auch dann, wenn er in seinem früheren Berufe gegen Krankheit versichert war, nicht mehr zu den nach ihrem Berufe krankenversicherungspflichtigen Personen gezählt werden. Unter diesen Umständen würden die Krankenkassen unbillig belastet, wenn den Ehefrauen von Berufssoldaten, die sich nicht freiwillig weiterversichert haben, ein Anspruch auf Kriegswochenhilfe nach der Bek. vom 3. Dez. 1914 eingeräumt würde, zumal alsdann die Wochenhilfe unter Umständen auch von einer Kasse geleistet werden müßte, aus welcher der Ehemann schon vor langen Jahren ausgeschieden ist. Endlich besteht auch kein Anlaß, den Ehefrauen von Berufssoldaten, abgesehen von den minderbemittelten, im Sinne der Bek., betr. Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges, vom 23. April 1915, Kriegswochenhilfe zu gewähren. Denn ihre Ehemänner erhalten als Berufssoldaten während des Krieges die gleichen Bezüge wie im Frieden und, soweit ihnen Kriegszulage gezahlt wird, sogar höhere Bezüge.

Auch die Bek. über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 ist nicht zu Gunsten der Klägerin anzuwenden, weil diese nicht zu den nach § 4 a. a. O. Berechtigten gehört. Ob die Klägerin als Minderbemittelte einen Anspruch auf Wochenhilfe nach der Bek. vom 23. April 1915 hat, war hier nicht zu entscheiden. Es bleibt der Klägerin überlassen, sich deswegen an den zuständigen Lieferungsverband (§ 9 a. a. O.) zu wenden.

Häusliche Gemeinschaft als Voraussetzung des Anspruchs auf Sterbegeld.

Entsch. des Versicherungsamts der Stadt Essen vom 8. August 1916 (2 VII K. 13 P.)

Wilhelm B., weiterversichertes Mitglied der beklagten Krankenkasse, starb am 13. Juli 1915. Seine Schwester, die Ehefrau K. P., bei welcher B. bis zu seiner Einziehung zum Heeresdienste gewohnt hat, verlangt, da B. ledig war, Auszahlung des Sterbegeldes. Die Beklagte hat Abweisung der Klage beantragt, weil B. zwar bei seiner Schwester gewohnt, aber nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft im Sinne des § 203 RVO. gelebt habe. Er sei nur Quartiergänger gewesen und habe für Kost und Wohnung 14-tägig eine bestimmte Summe bezahlt. Den Ueberschuß habe er nicht der Familie, insbesondere der Klägerin zugewendet, er habe ihn vielmehr für sich verbraucht. Nur dann könne von einer häuslichen Gemeinschaft gesprochen werden, wenn der Bruder der Klägerin an allen Ausgaben der Familie P. beteiligt gewesen wäre, was aber nicht der Fall gewesen sei.

Das Versicherungsamt hat die Kasse zur Zahlung verurteilt aus folgenden Gründen:

Streit herrscht nur über die Frage, ob das nach § 203 RVO. bzw. § 44 der Satzung fällige Krankengeld an die Klägerin auszuzahlen ist oder der Kasse verbleibt. Ob Klägerin bezugsberechtigt ist, hängt davon ab, ob der Verstorbene zur Zeit seines Todes mit der Klägerin in häuslicher Ge-

meinschaft gelebt hat. Dies war zu bejahen. Das Versicherungsamt konnte der Auffassung der Beklagten, daß Klägerin mit dem Verstorbenen eine häusliche Gemeinschaft nicht geteilt habe, weil er nicht an allen Ausgaben der Familie P. beteiligt gewesen wäre, nicht beipflichten. Es hält vielmehr die Voraussetzung einer häuslichen Gemeinschaft für gegeben, wenn ein Zusammenleben in häuslicher Gemeinschaft entweder vorgelegen hat oder doch beabsichtigt wird. Der Verstorbene hat nun unbestritten 8 Jahre mit seiner Schwester zusammen gewohnt, so daß wie geschehen zu erkennen war.

Bekanntmachung des preuß. Ministers für Handel usw. betreffend Ausdehnung ergänzender Vorschriften des Knappschafts-Kriegsgesetzes auf Angehörige der österreichisch-ungarischen Monarchie.

Vom 12. November 1916 (Ges. S. S. 143).

Auf Grund des § 6 des Gesetzes vom 24. April 1916 (Gesetzsamml. S. 47), betreffend die Ergänzung des Knappschafts-Kriegsgesetzes vom 26. März 1915 (Gesetzsamml. S. 61), und auf Grund des § 10 Abs. 2 des Knappschafts-Kriegsgesetzes vom 26. März 1915 bestimme ich hierdurch:

Die Vorschriften des Gesetzes vom 24. April 1916 (Gesetzsamml. S. 47), betreffend die Ergänzung des Knappschafts-Kriegsgesetzes vom 26. März 1915 (Gesetzsamml. S. 61), gelten auch für die Angehörigen der österreichisch-ungarischen Monarchie und für die dieser Monarchie unmittelbar oder mittelbar geleisteten Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Dienste und zwar mit der Maßgabe, daß die Vorschriften des § 11 des genannten Knappschafts-Kriegsgesetzes über die rückwirkende Kraft auch für diese Bekanntmachung gelten.

Beitritt eines Kassenverbandes (§ 406 RVO.) zu einer Kassenvereinigung (§ 414).

Beschluß des **Oberversicherungsamts Breslau** vom 8. Oktober 1916.

Die Anordnung des Versicherungsamtes geht davon aus, daß § 407 RVO. die Befugnisse des Kassenverbandes erschöpfend bestimme, daß andere Aufgaben, als die dort genannten, dem Kassenverbande versagt seien und daß sich unter den Befugnissen gemäß § 407 a. a. O. das Recht zum Beitritt zu einer Kassenvereinigung nach § 414 a. a. O. nicht finde. Das Oberversicherungsamt hat sich diesem Gedankengang insofern nicht anzuschließen vermocht, als es der Auffassung ist, daß die Befugnis zum Beitritt zu einer Kassenvereinigung gesetzlich gar nicht ausdrücklich gewährleistet zu werden brauchte, weil die Uebernahme einer neuen Aufgabe im Sinne des § 407 dabei überhaupt nicht in Frage kommt. Vielmehr handelt es sich zum mindesten im vorliegenden Falle bei dem Beitritt lediglich um ein Mittel, die Erfüllung der vom Kassenverbande gemäß § 407 übernommenen Aufgaben zu fördern. Diese Aufgaben sind nach § 4 der Verbandssatzung:

1. Die Vorbereitung und Abschließung gemeinsamer Verträge mit Aerzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Apothekenbesitzern und -Verwaltern, Krankenhäusern, sowie über Lieferung von Heilmitteln und anderen Bedürfnissen der Krankenpflege; 2. Die Ueberwachung der Kranken nach einheitlichen Grundsätzen; 3. Die Anlage und der Betrieb von Heilanstalten und Genesungsheimen. Andererseits dient der Provinzialverband schlesischer Ortskrankenkassen nach § 2 seiner Satzung „den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe der Reichsversicherung" und fördert die gemeinsamen Aufgaben und Interessen der Ortskrankenkassen insbesondere auch durch a) die Einrichtung einer Auskunftei für alle Mitglieder des Verbandes in Fragen der gemeinsamen Reichsversicherung; b) die Errichtung einer Sammelstelle für alle auf die Reichsversicherung bezüglichen Materialien (Archiv und Bücherei); c) die Unterstützung der Mitglieder in ihren idealen Beziehungen zu den Kassenangestellten, Aerzten, Zahntechnikern, Apothekern, Arznei- und Heilmittelhändlern; d) Kassenrevisionen; e) die Abhaltung von Versammlungen.

Diese Gegenüberstellung der Zwecke der Vereinigung mit den satzungsmäßigen Aufgaben des Verbandes beweist, daß die Mitgliedschaft bei der Vereinigung im wesentlichen nur denselben Dienst verrichten soll, wie allerlei sonstige Maßnahmen (z. B. Einholung von Auskunft bei Rechtsverständigen, Gründung einer Bücherei usw.), deren der Verband zur Erfüllung seiner Aufgaben bedarf und deren Zulässigkeit niemals in Zweifel gezogen ist.

Weiter steht auch der § 414 RVO. dem Beitritt eines Kassenverbandes zu einer Kassenvereinigung der dort bezeichneten Art resp. der Verwendung von Verbandsmitteln für dieselbe, nicht entgegen. Die dort enthaltene Bezeichnung „Kassenvereinigung" ist so allgemein gehalten, daß sie auch dann noch zutrifft, wenn der Vereinigung neben Kassen auch ein Kassenverband angehört, und ebenso werden unter „Kassenmitteln" ohne jeden Zwang auch die Mittel eines Kassenverbandes zu verstehen sein.

Wenn ferner das Versicherungsamt geltend macht, daß § 414 die Verwendung von Kassenmitteln für Kassenvereinigungen von der Zustimmung beider Gruppen im Vorstande abhängig mache, eine derartige Zusammensetzung des Vorstandes bei Kassenverbänden aber nicht vorgeschrieben sei und daß daher § 414 nur an eine Vereinigung von Einzelkassen denke, so kann auch dies im vorliegenden Falle nicht für durchschlagend erachtet werden. Denn der Vorstand des Krankenkassenverbandes, um den es sich hier handelt,

besteht nach § 6 seiner Satzung, aus je drei Vertretern der angeschlossenen Kassen, von denen je ein Arbeitgeber und zwei Versicherte sein müssen. Nach § 18 der Satzung sind in gewissen Fällen übereinstimmende Beschlüsse der Versicherten und der Arbeitgeber erforderlich und, wie der Verbandsvorsitzende erläutert hat, geht der Verbandsvorstand davon aus, daß getrennte Abstimmung nach Gruppen im Vorstande überall da notwendig ist, wo es sich um eine Ausgabe handelt, die nicht schon durch die Satzung festgelegt ist. Tatsächlich ist auch der Beitritt zum Provinzialverband durch Gruppenabstimmung erfolgt, und zwar in beiden Gruppen einstimmig.

Den Anforderungen des § 414 RVO. ist also nach allen Richtungen hin genügt. Ist dies aber der Fall, so stehen der Mitgliedschaft des Verbandes bei der Vereinigung und der Zuwendung von Mitteln an diese (über den Rahmen des § 2 des Ministerialerlasses vom 16. Februar 1916 hinaus) gesetzliche Hinderungsgründe nicht entgegen.

Im übrigen stimmt das Oberversicherungsamt mit der Beschwerde auch darin überein, daß die von dem Herrn Handelsminister erlassenen Vorschriften über die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen dafür zu sprechen scheinen, daß auch die Preußische Zentralinstanz zu der hier vertretenen Auffassung neigt.

Die Knappschaftliche Krankenversicherung der Angehörigen feindlicher Staaten.

Erlaß des Königl. **Oberbergamtes zu Halle a. S.** vom 17. November 1916.

Das Reichsversicherungsamt hatte bisher in mehreren Entscheidungen den Grundsatz aufgestellt, daß die seit Beginn des gegenwärtigen Krieges in Deutschland befindlichen Angehörigen feindlicher Staaten als unfreie Arbeiter anzusehen seien, die weder der reichsgesetzlichen noch der knappschaftlichen Versicherungspflicht unterliegen.

Nunmehr hat der Bundesrat durch die Bekanntmachung vom 2. November d. Js. (RGBl. S. 216) angeordnet, daß diese Ausländer vom 20. November 1916 ab den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Krankenversicherung unterliegen.

Wie der Herr Minister in einem Erlaß zum Ausdruck gebracht hat, unterliegt es im Hinblick auf den inneren Zusammenhang, der zwischen den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Krankenversicherung und den die Krankenversicherung betreffenden Vorschriften des preußischen Knappschaftsgesetzes besteht, keine Bedenken, jene Ausländer, soweit ihre knappschaftliche Krankenversicherung in Frage kommt, den Vorschriften des Knappschaftsgesetzes und den für die Knappschaftsvereine geltenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Krankenversicherung zu unterwerfen. Er weist gleichzeitig darauf hin, daß die Vorschrift im § 1 Abs. 2 der Bekanntmachung für die Knappschaftsvereine nicht in Betracht komme.

Die Kasse wird durch Zahlung an den Armenverband (§ 1531 RVO.) dem Versicherten gegenüber nur befreit, wenn er zugestimmt hat.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) vom 16. Oktober 1916.

Die Klägerin erlitt als versicherungspflichtiges Mitglied der beklagten Kasse am 15. Januar 1914 einen Unfall, und wurde auf Anordnung des behandelnden Arztes am 17. Januar nach dem Städtischen Krankenhause gebracht und ist dort bis zum 25. März 1914 als arbeitsunfähig verblieben. Ihre Aufnahme ist im Wege der öffentlichen Armenpflege erfolgt.

Die Beklagte hat hierfür auf Grund des § 1531 RVO. der Stadt N. Ersatz geleistet in Höhe von

1. 68 Tage Krankenpflege (je $^3/_8$ des Grundlohns von 1 ℳ) = ...	25,50 ℳ
2. 25 Krankheitstage (je $^1/_2$ des Grundlohns von 1 ℳ = 0,50 ℳ) = .	12,50 ℳ
3. 41 Krankheitstage (mit Rücksicht auf § 573 der RVO. je $^2/_3$ des Grundlohns) = ...	27,34 ℳ
zusammen	65,34 ℳ

Die Stadt N. berechnete die Kurkosten auf (67 Tage zu je 3 ℳ) 201 ℳ und hat den ihr nicht erstatteten Rest von 135,66 ℳ von der Klägerin beansprucht. Die Klägerin nahm in Höhe dieses Betrages die Beklagte in Anspruch, die die Zahlung verweigerte, da sie sich zur Bezahlung von Krankenhauskosten nicht für verpflichtet hielt.

Das Reichsversicherungsamt hat der Klägerin 39,83 ℳ zugesprochen und die Mehrforderung abgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Aufnahme der Klägerin in das Krankenhaus ist weder auf Anordnung noch mit Genehmigung der Beklagten (Krankenkasse) erfolgt. Einen Anspruch auf Krankenhauspflege hatte die Klägerin, wie das Oberversicherungsamt mit Recht unter Bezugnahme auf die Revisionsentsch. 1935 (Amtl. Nachr. 1914 S. 818; zu vergl. auch Revisionsentscheidung 2191, Amtl. Nachr. 1916 S. 478) hervorhebt, der Beklagten gegenüber nicht. Sie kann daher auch nicht Ersatz der sämtlichen durch ihre Aufnahme und Verpflegung im Krankenhaus erwachsenen Kosten verlangen. Nach § 182 RVO. stand ihr im Falle ihrer Erkrankung nur ein Anspruch auf Krankenpflege und, soweit Arbeitsunfähigkeit bestand, auf Krankengeld zu.

Die Krankenpflege war hierbei grundsätzlich nur als Sachleistung durch Bereitstellung von ärztlicher Behandlung und Heilmitteln zu gewähren. Eine Ausnahme würde nur in Frage kommen, wenn die Klägerin wegen Dringlichkeit genötigt gewesen wäre, sich die Krankenpflege unter Umgehung der

ihr von der Beklagten zur Verfügung gestellten Mittel durch Aufsuchen eines Krankenhauses selbst zu verschaffen (zu vergl. hierzu Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl. Anm. 3 zu § 182 RVO. In einem solchen Falle würden allerdings von der Beklagten diejenigen Kosten, die sich als Aufwendung für Krankenpflege darstellen, zu tragen sein (zu vgl. Revisionsentsch. 2191, Amtl. Nachr. 1916 S. 478).

Ein dringender Fall in diesem Sinne liegt aber, wie im Gegensatz zu der angefochtenen Entscheidung angenommen werden muß, nicht vor. Die Klägerin ist am 15. Januar 1914 erkrankt und erst zwei Tage später nach dem Krankenhause gebracht worden. Es hätte also, wenn der behandelnde Arzt die Unterbringung in ein Krankenhaus für erforderlich erachtete, die Genehmigung der Beklagten nachgesucht werden können und müssen, zumal auch die Art der Krankheit, Verstauchung der Füße, eine sofortige Ueberführung nicht dringend notwendig machte. Da die Klägerin ohne eine solche Genehmigung das Krankenhaus aufgesucht hat, kann sie auch nicht die dadurch entstandenen Kosten als Krankenpflege im Sinne des § 182 RVO. ersetzt verlangen. Insoweit steht ihr also ein Anspruch nicht zu.

Was das Krankengeld betrifft, so hat sich die Beklagte in der Revisionsinstanz zur Zahlung der Hälfte bereit erklärt. Der Klägerin steht aber für die Zeit ihrer Arbeitsunfähigkeit das volle Krankengeld zu. Die Beklagte ist allerdings von dem Magistrat N., der die Klägerin im Wege der Armenpflege in sein Krankenhaus aufgenommen und hierfür Ersatz verlangt hat, in Anspruch genommen worden. Die Beklagte hat auch zur Befriedigung des Ersatzanspruches wegen der Kosten des Unterhalts im Krankenhause (§ 1531, § 1533 Nr. 3 RVO.) an den Magistrat 12,50 ℳ bezahlt. Diese Leistung befreit sie aber nicht von den gesetzlichen Verpflichtungen der bei ihr versichert gewesenen Klägerin gegenüber.

Jener Ersatzanspruch und der Anspruch des Versicherten auf Krankengeld bestehen an sich nebeneinander. Dies ist auch aus der Vorschrift des § 119 Abs. 1 Nr. 3 a. a. O. zu entnehmen, die eine Abtretung der Ansprüche des Berechtigten in Höhe der Ersatzansprüche der Armenverbände usw. sowie deren Verpfändung und Pfändung zuläßt, was ohne weiteres das Bestehen beider Ansprüche voraussetzt. Sie sind aber, was in der grundsätzl. Revisionsentscheidung des RVA. Nr. 1880 (Amtl. Nachr. 1914 S. 634) für die Invalidenrente ausgesprochen ist und in gleicher Weise auch für das Krankengeld gelten muß, insofern abhängig von einander, als die Befriedigung des Ersatzanspruchs aus dem Krankengelde, also einer Leistung erfolgt, auf die sonst der Berechtigte Anspruch hat. Daraus ergibt sich weiter, daß die Krankenkasse, wenn sie sich von ihren Leistungen dem Versicherten gegenüber befreien will, die Befriedigung des Ersatzanspruchs nur mit Zustimmung des berechtigten Kassenmitglieds vornehmen darf. Soweit der Berechtigte diese Zustimmung nicht erteilt hat und auch nicht in anderer Weise hierzu für verpflichtet erklärt ist, bleibt er daher auch im Falle der Befriedigung des Ersatzanspruchs zur Geltendmachung seines eigenen Anspruchs auf Krankengeld berechtigt. Eine solche Zustimmung ist im vorliegenden Falle seitens der Klägerin nicht gegeben worden. Sie kann mithin auch jetzt noch das ihr nach § 182 Nr. 2 RVO. zustehende Krankengeld in voller Höhe beanspruchen. Dieser Betrag berechnet sich nach dem Grundlohn von 1 ℳ und unter Berücksichtigung der Vorschrift des § 573 der Reichsversicherungsordnung bei 66 Tagen (25 Tage 50 Pf., 41 Tage 66⅔ Pf.) auf 39,83 ℳ.

Zur Zahlung dieses Betrages war die Beklagte, da sie insoweit von ihren Leistungen der Klägerin gegenüber nicht befreit ist, unter Abänderung der angefochtenen Entscheidung zu verurteilen.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts über die Ausgabe neuer Beitragsmarken für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Vom 27. Oktober 1916 (Deutscher Reichsanzeiger Nr. 275 vom 21. November 1916).

Auf Grund des § 1411 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung, des § 1392 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Artikel 1 des Gesetzes, betreffend Renten in der Invalidenversicherung, vom 12. Juni 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 525, Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 540) sowie des Artikel 7 dieses Gesetzes werden über die zum Zwecke der Beitragserhebung von den Versicherungsanstalten auszugebenden Marken folgende Bestimmungen erlassen:

I. Arten und Gültigkeitsdauer.

1. Von jeder Versicherungsanstalt sind vom 1. Januar 1917 ab in jeder der fünf Lohnklassen Marken für eine Woche, für zwei Wochen und für dreizehn Wochen auszugeben (§§ 1245, 1411 Abs. 1, § 1392 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Artikel 1 des Gesetzes, betreffend Renten in der Invalidenversicherung, vom 12. Juni 1916 a. a. O.).

Der Geldwert der Marken beträgt:

	für 1 Woche	für 2 Wochen	für 3 Wochen
in der Lohnklasse I (Jahresarbeitsverdienst bis zu 350 ℳ einschließlich)	18 Pf.	36 Pf.	2 ℳ 34 Pf.
in der Lohnklasse II (Jahresarbeitsverdienst von mehr als 350 ℳ bis zu 550 ℳ einschließlich)	26 Pf.	52 Pf.	3 ℳ 38 Pf.
in der Lohnklasse III (Jahresarbeitsverdienst von mehr als 550 bis zu 850 ℳ einschließlich)	34 Pf.	68 Pf.	4 ℳ 42 Pf.
in der Lohnklasse IV (Jahresarbeitsverdienst von mehr als 850 bis zu 1150 ℳ einschließlich	42 Pf.	84 Pf.	5 ℳ 46 Pf.
in der Lohnklasse V (Jahresarbeitsverdienst von mehr als 1150 ℳ)	50 Pf.	1 ℳ	6 ℳ 50 Pf.

2. Für die Zeit nach dem 1. Januar 1917 sind ausschließlich die neuen Marken zu verwenden.

Dagegen sind zum Zwecke der nachträglichen Beitragsleistung (§ 29 Abs. 1, §§ 1442 bis 1444 der Reichsversicherungsordnung) für die vor dem 1. Januar 1917 liegenden Zeiten die alten, auf Grund des bisherigen § 1392 der Reichsversicherungsordnung ausgegebenen Marken (Bekanntmachung über die Ausgabe neuer Beitragsmarken für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vom 11. November 1911, Amtl. Nachr. des RVA. 1912, S. 332) zu verwenden. Mit Rücksicht hierauf werden entsprechend den Anordnungen der obersten Postbehörden die Postanstalten diese Marken noch bis zum 30. Juni 1917 einschließlich verkaufen. Vom 1. Juli 1917 ab sind alte Marken nur noch von den Versicherungsanstalten zu beziehen.

Bis zum 31. Dezember 1918 einschließlich können die alten Marken bei den Markenverkaufsstellen gegen neue Marken unter Berücksichtigung des veränderten Geldwerts umgetauscht werden.

3. Die auf Grund des § 1482 der Reichsversicherungsordnung ausgegebenen Zusatzmarken im Geldwert von 1 ℳ (Ziff. 1, 13 bis 15, 20 Abs. 3 der Bekanntmachung über die Ausgabe neuer Beitragsmarken für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vom 11. November 1911 a. a. O.) behalten ihre Gültigkeit und sind auch für die Zeit nach dem 1. Januar 1917 weiter verwendbar.

(Es folgen unter II 4 bis 14 Bestimmungen über „Unterscheidungsmerkmale" und unter III 15 bis 20 „Sonstige Bestimmungen", betreffend die Herstellung der Marken.)

Lazarettbehandlung eines Kriegsteilnehmers rechtfertigt nicht ohne weiteres Annahme der Invalidität im Sinne des § 1255 RVO.

Rev.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 23. Oktober 1916 (IIa 897/16. 6.).

Das Oberversicherungsamt beruft sich auf seine früheren Entscheidungen in ähnlichen Fällen, insbesondere auf das in der Arbeiter-Versorgung 1916 S. 301 veröffentlichte Urteil vom 13. Januar 1916 in der Invalidenrentensache des Arbeiters G. H. gegen die Beklagte. Nach seiner Ansicht sind Kriegsteilnehmer, solange sie im Lazarett behandelt werden, als invalide im Sinne des § 1255 RVO. anzusehen. Sie sind, so meint das Oberversicherungsamt, dem militärischen Zwange der Lazarettbehandlung unterworfen und während dieser Zeit nicht in der Lage, sich erwerblich zu betätigen; es fehlt ihnen die Möglichkeit, die ihnen verbliebenen Kräfte und Fähigkeiten, mögen diese auch an sich außerhalb der Lazarettbehandlung nicht als unter ein Drittel gesunken zu erachten sein, auszunützen. Gleichgültig ist es hierbei nach Ansicht des Oberversicherungsamts, ob die Heilbehandlung zur Abwendung drohender Invalidität oder lediglich zur Beseitigung von Gesundheitsstörungen oder zur Erhöhung der an sich nicht bis zur Invaliditätsgrenze gesunkenen Erwerbsfähigkeit stattfindet.

Mit Recht betont demgegenüber die Revision, daß während der Dauer einer militärischen Lazarettbehandlung Invalidität im Sinne des § 1255 zwar bestehen könne, aber nicht unter allen Umständen bestehen müsse. Vor allem geht die Erwägung des Oberversicherungsamts fehl, daß Invalidität bei Lazarettpfleglingen deswegen angenommen werden müsse, weil sie nicht in der Lage seien, sich erwerblich zu betätigen. Dieses Hindernis besteht, wie die Beklagte mit Recht bemerkt, bei Militärpersonen nicht nur während eines Lazarettaufenthaltes, sondern während der Dienstzeit überhaupt, und man müßte bei folgerichtiger Durchführung des Gedankens des Oberversicherungsamts dazu kommen, jedem Versicherten, solange er zum Heeresdienste eingezogen ist, die Invalidenrente zu gewähren. Diese Folgerung ist unbedingt abzulehnen, ebenso wie es verfehlt wäre, einem Versicherten deshalb, weil er eine Freiheitsstrafe verbüßt und sich aus diesem Grunde nicht erwerblich betätigen kann, die Invalidenrente zu zahlen (zu vgl. die Rev.Entsch. 2251, Amtl. Nachr. 1916 S. 634). Aus dem Gesagten ergibt sich als unabweisbar, daß es bei der Prüfung der Invalidität ausschließlich darauf ankommt, ob die Unfähigkeit des Versicherten die gesetzliche Verdienstgrenze zu erreichen, die Folge von „Krankheit oder anderen Gebrechen" ist, was ja auch § 1255 Abs. 1 ausdrücklich vorschreibt. Während des Aufenthaltes in einer Heilanstalt mag nun allerdings bis zu einem gewissen Grade die Vermutung begründet sein, daß ein Pflegling infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht in der Lage ist, seinem früheren oder einem anderen Erwerb nachzugehen. Es bedarf aber immerhin der Prüfung im Einzelfall, ob diese Vermutung wirklich zutrifft. Dabei ist der Fall, sofern die Invalidenrente begehrt wird, lediglich vom Standpunkte der Invalidenversicherung aus zu würdigen. Denn wenn auf der einen Seite die Ansprüche der Versicherten aus der Reichsversicherung unberührt bleiben von den Ansprüchen, die ihnen auf Grund der militärischen Versorgungsgesetze zustehen (zu vgl. Besch. 2041 und Rev.Entsch. 2042, Amtl. Nachr. 1915 S. 561, 573), so geht es doch andererseits nicht an, bei

der Gewährung von Leistungen der Versicherungsträger bei den Militärpersonen einen anderen Maßstab anzulegen als bei den übrigen Versicherten. Es besteht nun, wie die Revision mit Recht bemerkt, ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Zweck der von der Heeresverwaltung eingeleiteten Heilverfahren und dem Ziele, das die Träger der Invalidenversicherung bei einem Heilverfahren im Auge haben. Der Heeresverwaltung genügt es nicht, die Invalidität zu beseitigen, ihr muß daran liegen, den Verwundeten oder Kranken zu einer möglichst hohen Stufe körperlicher Leistungsfähigkeit zurückzuführen und wenn möglich, wieder kriegsverwendungsfähig zu machen, ein Ziel, das die Heeresverwaltung auch in einer sehr großen Zahl von Fällen erreicht. Dem Versicherungsträger dagegen genügt bereits die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 1255 Abs. 2, denn damit entfällt seine Verpflichtung, eine Rente zu zahlen. Dieser Unterschied kann für die Militärverwaltung die Notwendigkeit ergeben, die Behandlung eines Kranken erheblich länger fortzusetzen als dies für die Zwecke der Invalidenversicherung erforderlich wäre. Abgesehen davon kann die Fortdauer der Lazarettbehandlung vom Standpunkt der Heeresverwaltung auch noch aus anderen Gründen geboten sein, z. B. weil bei Ueberweisung eines Mannes an seinen Ersatztruppenteil dort die zu einer weiteren Besserung seines Zustandes erforderlichen Hilfsmittel, wie Bäder, mediko-mechanische Behandlung, Massage, elektrische Kuren, nicht zu Gebote stehen würden. Auch aus disziplinären Gründen kann die Fortdauer des Lazarettaufenthaltes angezeigt sein.

Solche Erwägungen scheiden für die Versicherungsträger aus. Sie dehnen den Aufenthalt eines Kranken in einer Heilanstalt nicht länger aus, als bis entweder die Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 1255 Abs. 2 wiederhergestellt, oder drohende Invalidität beseitigt ist, oder bis sich ergibt, daß ein solcher Erfolg durch ein in angemessenen Grenzen sich haltendes Heilverfahren nicht erreichbar ist. Diese Beschränkung soll freilich keineswegs zu einer engherzigen Auslegung des Begriffes der Invalidität führen. Schon in den Revisionsentscheidungen 363 und 506 (Amtl. Nachr. 1894 S. 132, 1896 S. 292) ist deshalb anerkannt, daß Zeiten der Schonungsbedürftigkeit einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit gleich zu achten sind, und die Rev.Entsch. 748 (Amtl. Nachr. 1899 S. 559) erklärt in weiterer Ausführung dieses Gedankens die Rentenentziehung für unzulässig, solange der bisher Erwerbsunfähige noch der Schonung bedarf, so daß die Wiederaufnahme der Arbeit seine Gesundheit gefährden würde. Allerdings rechtfertigt die unbestimmte Besorgnis, die Erwerbsfähigkeit werde nicht von Dauer sein, nicht die Feststellung, daß die Invalidität fortdauere (Rev.Entsch. 1543, Amtl. Nachr. 1911 S. 417). Endlich hat die Rev.Entsch. 1477 (Amtl. Nachr. 1910 S. 503) die Gewährung der Krankenrente auch dann für zulässig erklärt, wenn zwar der körperliche Zustand des Versicherten Arbeit in einem zur Erreichung der Verdienstgrenze erforderlichen Maße gestatten würde, wenn aber zur Sicherung eines Heilerfolges noch ärztliche Maßnahmen notwendig sind, die den Versicherten an der Ausübung einer regelmäßigen, die Erreichung der Verdienstgrenze sicherstellenden Erwerbstätigkeit verhindern.

Die Frage ist also so zu stellen, ob der Kläger, wenn die Versicherungsanstalt das Heilverfahren durchgeführt hätte, nach Ablauf der ersten 26 Wochen seit Beginn der Behandlungsbedürftigkeit zur Wiederherstellung oder Festigung seiner Erwerbsfähigkeit noch einer Anstaltspflege bedurft hätte oder — bei Verneinung dieser Frage — ob nach diesem Zeitpunkt ärztliche Maßnahmen noch in einem solchen zeitlichen Umfang erforderlich gewesen wären, daß der Kläger die Ausübung eines Erwerbes in einem die Erreichung der Verdienstgrenze ermöglichenden Umfang hätte unterlassen müssen. Wegen unrichtiger Anwendung des § 1255 war daher die Vorentscheidung aufzuheben.

Der Zurückverweisung bedurfte es nicht, weil die Sache spruchreif ist. Aus dem Gutachten des Dr. N. vom 21. Dezember 1915 ergibt sich, daß damals die eigentliche Wundbehandlung längst abgeschlossen war und daß Invalidität nicht mehr bestand. Der Arzt nahm nur noch eine Erwerbsbeschränkung von etwa 50 vom Hundert an. Es handelte sich lediglich um eine Fortsetzung der Massage, um die Beweglichkeit der linken Hand, die noch wesentlich gehemmt war, weiter zu bessern. Diese Behandlung, sofern sie vom Standpunkte der Versicherungsanstalt überhaupt erforderlich war, hätte auch außerhalb des Lazaretts in der Sprechstunde eines Arztes oder in einem mediko-mechanischen Institut ausgeführt werden können und hätte nach der allgemeinen Lebenserfahrung täglich wohl nicht mehr als eine Stunde beansprucht. Der größte Teil des Tages hätte sonach dem Kläger, wenn es sich um ein Heilverfahren nach § 1269 der Reichsversicherungsordnung handelte, zur Ausübung seines bürgerlichen Berufes zur Verfügung gestanden, und er hätte in dieser Zeit bei seinem sonst ungestörten Befinden ohne Schwierigkeit mindestens ein Drittel des Verdienstes gleichartiger Arbeiter erzielen können. Demgemäß war ein Rentenanspruch vom Beginn der siebenundzwanzigsten Woche an nicht gegeben und der Kläger war deshalb mit seinem Anspruch abzuweisen.

Sprechsaal.

Zur beitragsfreien Anrechnung der Kriegsdienstzeit in der Invalidenversicherung.

In Heft 30 S. 713 der „Arbeiter-Versorgung" gibt Landesrat Dr. Brunn in Uebereinstimmung mit der Ansicht von Landesrat Seelmann der Anschauung Ausdruck, die Worte in Satz des § 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 20. Dezember 1915, „deren Anwartschaft aufrecht erhalten ist oder gemäß dieser Verordnung aufrechterhalten wird", seien dahin aufzufassen, daß schon die Eröffnung einer neuen Anwartschaft durch Beitragsleistung die Berechnung der Kriegsdienstleistung als Beitragsleistung zur Folge habe.

Diese Anschauung hat wohl manches für sich, doch erscheint es mir nicht zweifelsfrei, daß sie die richtige ist. Der angeführte Wortlaut der Vorschrift im Zusammenhalte mit § 2 Abs. 2 und 3 der Bekanntmachung spricht dafür, daß es sich um den Begriff der Anwartschaft im Sinne der §§ 1280 ff. RVO. handelt, wo genau festgesetzt ist, was unter „Aufrechterhaltung der Anwartschaft" zu verstehen ist und welche Voraussetzungen für diese maßgebend sind. Es ist kein Grund vorhanden, anzunehmen, daß der begriffliche Inhalt der Worte „deren Anwartschaft aufrecht erhalten ist oder gemäß dieser Verordnung aufrecht erhalten wird" in der Bekanntmachung ein anderer sein soll, wie bei dem Gesetze selbst. Schon nach dem Sprachgebrauch wird nun nicht behauptet werden können, daß die Anwartschaft aufrecht erhalten ist, wenn durch längere Unterlassung der Beitragsleistung auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen die Anwartschaft tatsächlich erloschen und die Beitragsleistung erst zum Zwecke des Wiederauflebens der Anwartschaft aufgenommen ist. Wäre die Anwartschaft aufrecht erhalten, so brauchte sie doch nicht erst wieder aufzuleben.

Nicht durch die Wiedereröffnung der Beitragsleistung an sich, ist „die Anwartschaft aufrecht erhalten", sondern damit dies der Fall ist, hat der Gesetzgeber ganz bestimmte Voraussetzungen hierfür in der Beitragsleistung vorgeschrieben. Sind diese nicht erfüllt, kann auch nicht die Rede davon sein, daß die Anwartschaft aufrecht erhalten ist; die Anwartschaft ist vielmehr dann bis auf weiteres erloschen. Die Anordnungen in § 2 Abs. 2 und 3 der Bekanntmachung nehmen ausdrücklich auf §§ 1280 und 1282 RVO. Bezug. Sie beschränken auch zugleich bei der Nachentrichtung die Zahl der Beiträge auf das Maß dieser gesetzlichen Bestimmungen.

Alle diese Momente scheinen mir dafür zu sprechen, daß die Absicht der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1915 dahin geht, die von einem Versicherten auf Grund ordnungsgemäßer Beitragsleistung bereits erworbene und durch regelmäßige Beitragsleistung (im Sinne der §§ 1280 und 1282 RVO.) „aufrecht erhaltene" Anwartschaft zu schützen, nicht aber eine durch langjährige Unterlassung der Markenverwendung nicht aufrecht erhaltene Anwartschaft durch die Anrechnung der Militärdienstzeit wieder aufleben zu machen. Bei gegenteiliger Auffassung läge es in dem Belieben eines Versicherten, der Jahre hindurch die Beitragsleistung unterlassen hat und dessen Anwartschaft hierdurch „nicht aufrecht erhalten" ist, am Tage vor seiner Einberufung zum Heeresdienst 1 Marke zu verwenden und die Folge davon wäre, daß die Zeit seiner Heeresdienstleistung zur Anrechnung kommen müßte.

Um solche Fälle hintanzuhalten und die regelmäßige freiwillige Versicherung zu fördern, gewissermaßen besonders anzuerkennen und mit der regelmäßigen Pflichtversicherung gleichzustellen, dürfte wohl die Bekanntmachung erlassen worden sein. Bei der freiwilligen Versicherung wurde nun gegenüber der Pflichtversicherung (§ 1393 RVO.) die einschränkende Bestimmung, wohl mit voller Absicht, aufgenommen, daß „die Anwartschaft aufrecht erhalten sein müsse oder gemäß der (sehr weitgehenden) Bestimmungen der Verordnung aufrecht erhalten wird. Das von Dr. Brunn aufgeführte Beispiel würde nach der eben dargelegten Anschauung ergeben, daß der Versicherte, welcher bisher die Anwartschaft nicht erlöschen ließ, unter die Verordnung fällt, während tatsächlich der andere Versicherte, der die Beitragsleistung unterließ und dessen Anwartschaft nicht aufrecht erhalten ist, trotzdem er durch regelmäßige Weiterversicherung die Anwartschaft hätte aufrecht erhalten können, nach dem Wortlaut der Bestimmung die Vergünstigung der Verordnung nicht genießen soll.

Aehnliche Verhältnisse kommen bei der Durchführung des Heilverfahrens vor. Wohl die meisten Landesversicherungsanstalten lehnen es ab, ein Heilverfahren zur Durchführung zu bringen, wenn ein Versicherter, dem es möglich gewesen wäre, durch regelmäßige Weiterversicherung die Anwartschaft aus seinen geleisteten Beiträgen aufrecht zu erhalten, dies unterlassen hat, auch wenn von ihm die Beitragsleistung bereits wieder aufgenommen wurde, um das Wiederaufleben der erloschenen Anwartschaft herbeizuführen. Während dagegen bei regelmäßiger Pflicht-, Selbst- oder Weiterversicherung, auch wenn die Zahl der geleisteten Beiträge noch verhältnismäßig gering ist, das Heilverfahren zur Durchführung gebracht wird.

Erwägungen ähnlicher Art wie hier, dürften auch bei Erlassung der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1915 zu Grunde gelegen haben, so daß auch hier die strengere Auslegung des Wortlautes der Bestimmung Platz zu greifen hätte, zumal die Landesversicherungsanstalten durch die Anrechnung der Heeresdienstleistung als Beitragsleistung eine nicht unwesentliche Belastung erfahren.

Christian Wörrlein in Bayreuth.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zahnersatz als Heilmittel.

(Auszug aus einer Zuschrift der Allgemeinen Ortskrankenkasse Wiesbaden).

Schon jahrelang bestanden im Kassenvorstande Meinungsverschiedenheiten über die Frage der Leistungspflicht der Kasse bei künstlichem Zahnersatz. Mit Inkrafttreten der RVO. wurde diese Frage insofern noch brennender, als die Kassensatzung die Wertgrenze für „kleinere Heilmittel" auf 35 ℳ festlegte und bis zu diesem Betrage auch „Zuschüsse für größere Heilmittel" zuläßt. In einer Sitzung des Kassenvorstandes wurde entgegen der Einwendung des Geschäftsführers, beschlossen, Zahnersatz in allen Fällen als größeres Heilmittel zu betrachten und die Erstattung von Kosten abzulehnen. In einer späteren Sitzung wurde, wiederum durch Zustimmung der Mehrheit, der Beschluß dahin abgeändert, daß unter bestimmten Voraussetzungen für Zahnersatz Kostenzuschüsse in Höhe von $^1/_3$ des Anschaffungspreises gewährt werden, selbst dann, wenn der Drittelzuschuß die in der Satzung festgelegte Wertgrenze übersteige.

Auf Beanstandung des Vorsitzenden untersagte das Versicherungsamt die Ausführung beider Beschlüsse. Die hiergegen erhobene Beschwerde wurde vom Oberversicherungsamt zurückgewiesen. In der Begründung wird von dem begrifflichen Unterschiede zwischen ärztlicher Behandlung und Heilmittelgewährung ausgegangen. Diese Unterscheidung sei geboten, weil die notwendig ärztliche Behandlung ohne Rücksicht auf die Höhe der Kosten zu gewähren ist, während von Heilmitteln der Regel nach nur die „kleineren" gewährt werden müssen. Zahnplomben, die lediglich zur Beseitigung eines krankhaften Zustandes benötigt werden, seien nicht als Heilmittel anzusehen, sondern als „ärztliche Hilfe", weil das wesentliche dabei die persönliche Tätigkeit der Aerzte ist, gegen welche das sächliche Mittel zurücktritt (siehe grundsätzl. Entsch. des RVA. 2134 Amtl. Nachr. 1915 S. 814). Dagegen seien als Heilmittel im eigentlichen Sinne künstliche Gebisse oder einzelne Zähne und Zahnersatzmittel aller Art dann anzusehen, wenn sie zur Heilung oder Milderung einer Zahnkrankheit oder einer durch den Zustand der Zähne bedingten anderen Krankheit, z. B. der Mundhöhle oder des Magens, dienen. So habe auch das RVA. in seiner grundsätzl. Entsch. Ziff. 1952, Amtl. Nachr. 1915 S. 348 einen Zahnersatz, der den für kleinere Heilmittel satzungsmäßig vorgeschriebenen Betrag von 15 ℳ überstieg, als größeres Heilmittel bezeichnet und weiter ausgeführt, daß die Gewährung eines Zuschusses für größere Heilmittel nach § 193 Abs. 1 RVO. eine Mehrleistung sei, auf die der Versicherte keinen Rechtsanspruch hat.

Das Reichsversicherungsamt habe auch in dieser Entscheidung Beweggründe gleicher Art gewürdigt, wie sie im vorliegenden Falle dem Kassenvorstande Veranlassung zu seinen, vom Kassenvorsitzenden beanstandeten Beschlüssen gegeben haben. Dabei habe es ausgesprochen, daß eine Leistungspflicht der Kasse nach § 182 Nr. 1 RVO. nur hinsichtlich kleinerer, aber nicht für größere Heilmittel besteht, während Satzungsbestimmungen, nach denen die Kasse für größere Heilmittel einen Zuschuß gewähren darf, nicht den Zweck haben, die Leistungspflicht der Kasse hinsichtlich größerer Heilmittel zu umgrenzen. Die Festsetzung der Höchstgrenze soll vielmehr dazu dienen, dem Ermessen des Kassenvorstandes, das allerdings kein willkürliches sein darf, eine Grenze zu setzen. Hiernach erachtet es das OVA. für zweifellos, daß die Kasse bei Gewährung von Zuschüssen zu größeren Heilmitteln, zu denen auch Zahnersatz dann gehört, wenn er den im vorliegenden Falle satzungsmäßig vorgesehenen Höchstbetrag für kleinere Heilmittel von 35 ℳ übersteigt, über den für größere Heilmittel vorgesehenen gleich hohen Betrag nicht hinausgehen darf.

Vereinbarungen zur Durchführung der §§ 219, 220 und 222 RVO.

Nach einer Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts vom 18. Oktober 1916 (Amtl. Nachr. S. 672) haben der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, e. V., Sitz Dresden, der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, Sitz Essen, der Gesamtverband deutscher Krankenkassen, e. V., Sitz Essen, der Verband deutscher Innungskrankenkassen, Sitz Hannover, der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen, Sitz Berlin, unter Mitwirkung des Reichsversicherungsamts zur Durchführung der §§ 219, 220 und 222 RVO. folgendes untereinander vereinbart:

§ 1. — 1. Um Kranke, die sich nicht im Kassenbezirk aufhalten, schneller und gründlicher zu heilen, können sie der zuständigen Krankenkasse ihres Aufenthaltsorts nach § 219 der Reichsversicherungsordnung überwiesen werden.

2. Bei der Ueberweisung hat die ersuchende Kasse den satzungsmäßigen Umfang ihrer Leistungen mitzuteilen. Dabei ist anzugeben, ob die Kasse diesen Vereinbarungen beigetreten ist. Die aushelfende Kasse hat bei der Art der Fürsorge die Wünsche der Kasse des Mitglieds tunlichst zu befolgen.

3. Werden nach dem Gutachten des behandelnden Arztes besondere ärztliche Leistungen oder Heilmittel notwendig, so sind sie nach den vorher einzuholenden Anweisungen der Kasse des Versicherten zu gewähren.

4. Die überwiesenen Kranken sollen wie die eigenen kranken Mitglieder einer ausreichenden Krankenaufsicht unterstellt werden.

§ 2. — Das gleiche gilt, wenn an einen Versicherten Leistungen auf Grund des § 220 der Reichsversicherungsordnung zu gewähren sind.

§ 3. — Auf Erfordern einer an den Vereinbarungen beteiligten Kasse sind alle übrigen beteiligten Kassen in anderen Bezirken bereit, Kranke, die sich in ihrem Bezirk aufhalten, ihrer Krankenaufsicht zu unterstellen, auch wenn sie ihnen nicht nach § 219 der Reichsversicherungsordnung Krankenhilfe leisten.

§ 4. — 1. Die Krankenkasse des Versicherten hat der aushelfenden Kasse die nachgewiesenen Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei sowie klei-

nere Heilmittel bis zur Höhe von drei Achteln des Grundlohns abweichend von der Vorschrift des § 222 der Reichsversicherungsordnung zu ersetzen.

2. Andere besondere Leistungen der Krankenpflege, denen die ersuchende Kasse zugestimmt hat, sind besonders zu erstatten, auch wenn der Betrag von drei Achteln des Grundlohns dadurch überschritten wird.

3. Krankenhauspflege ist nur mit Zustimmung der ersuchenden Kasse und zu möglichst niedrigen Sätzen zu gewähren. Bei mehreren gleichwertigen Krankenhäusern ist das mit den niedrigsten Sätzen zu wählen. Anzustreben sind Vereinbarungen mit den Krankenhausverwaltungen, wonach die auswärtigen Kranken zu den gleichen Sätzen wie die ortsansässigen verpflegt werden. Die Kosten der Krankenhauspflege sind in Höhe des nachgewiesenen Aufwandes zu ersetzen.

4. Als nachgewiesene Kosten für die ärztliche Behandlung gelten:

a) wenn für die ärztliche Behandlung des überwiesenen Kranken ein Pauschbetrag gezahlt worden ist, dieser Pauschbetrag. Dabei sollen die der Vereinbarung beigetretenen Krankenkassen in den Verträgen mit ihren Aerzten vereinbaren, daß die Leistungen an Kranke, die von anderen Krankenkassen überwiesen werden, mit dem gleichen Pauschsatz, wie er für die Kassenmitglieder festgesetzt ist, abgegolten werden;

b) wenn die ärztliche Behandlung des überwiesenen Kranken nach Einzelleistungen bezahlt worden ist, der hierfür aufgewendete Betrag, aber nicht über das im § 4 Abs. 1 bezeichnete Maß hinaus.

5. Als Ersatz der Kosten für die Krankenaufsicht nach § 3 sind der aushelfenden Kasse für jeden Besuch 50 ₰ und, wenn der Kranke in einem Landbezirke wohnt und der Besuch nicht innerhalb der regelmäßigen Besuchsgänge liegt, die erforderlichen Fahrtkosten zu erstatten.

§ 5. — Die Leistungspflicht der aushelfenden Kasse beginnt mit dem Tage, an dem das Ersuchen bei ihr eingeht. Mit dem gleichen Tage beginnt die Ersatzpflicht der ersuchenden Kasse.

§ 6. — Hat eine Krankenkasse eine andere nach den §§ 219, 220 der Reichsversicherungsordnung ersucht, Krankenhilfe zu leisten, ohne selbst zur Gewährung der Krankenhilfe verpflichtet zu sein, so sollen die Leistungen und der Ersatzanspruch so bemessen werden, als ob die ersuchende Kasse leistungspflichtig wäre.

§ 7. — 1. Diese Vereinbarungen gelten für alle Kassen, die ihnen durch eine ausdrückliche Erklärung beigetreten sind. Der Rücktritt ist nur zum Jahresschlusse nach voraufgegangener dreimonatlicher Kündigung zulässig.

2. Laufende Versicherungsfälle werden durch den Beitritt oder Rücktritt nicht berührt.

§ 8. — Die Beitrittserklärungen sind von den beteiligten Verbänden einzusammeln und dem Reichsversicherungsamt einzureichen. Das Reichsversicherungsamt ist bereit, die Namen der beigetretenen Kassen auf Antrag mitzuteilen.

§ 9. — Diese Vereinbarungen gelten bis zum 31. Dezember 1917. Sie gelten stets auf zwei weitere Jahre, wenn nicht drei Monate vor Ablauf von einem beteiligten Verband Abänderungsanträge beim Reichsversicherungsamte gestellt werden.

Begleitung von Liebesgaben als Teilnahme an Kriegsereignissen.

Ueber eine interessante Entscheidung des Reichsgerichts entnehmen wir dem „Berl. Tagebl." folgendes: Der Tiefbauunternehmer C. hat im Oktober 1914 einen Liebesgabentransport an die Front in Frankreich begleitet. Bei dieser Gelegenheit besuchte er mit den anderen Herren des Transports einen Schützengraben. Auf dem Rückweg von diesem ist C. von einer feindlichen Granate getroffen und getötet worden. Bei der Versicherungsgesellschaft Janus in Hamburg und bei der Germania in Stettin war C. Lebensversicherungen über je 20 000 Mark eingegangen. Die Gesellschaften verweigerten die Auszahlung der Versicherungssummen, weil nach den Versicherungsbedingungen die Kriegsgefahr ausgeschlossen sei. In den Bedingungen des Janus heißt es hierüber: „Stirbt der Versicherte während seiner Teilnahme an Kriegsereignissen, so ist die Gesellschaft nur zur Zahlung des am Tage seines Todes vorhandenen Deckungskapitals verpflichtet." (Im vorliegenden Falle war ein Deckungskapital überhaupt nicht vorhanden, da erst eine einmalige Prämie gezahlt war.) Der entsprechende § 8 der Bedingungen der Germania lautet: „Nimmt der Versicherte am Kriege teil, so wird von dem Zeitpunkt ab, wo er zum Kriegsdienst einberufen wird oder sonstwie in irgendeiner Eigenschaft den Kriegsschauplatz betritt, die Versicherung außer Kraft gesetzt." Die Gesellschaften meinen, unter diese Bedingungen falle es auch, wenn sich, wie im vorliegenden Falle der Versicherte freiwillig auf den Kriegsschauplatz begeben habe; er habe sich damit der Kriegsgefahr ausgesetzt und an den Kriegsereignissen teilgenommen. Die Witwe des C. dagegen meint, die mitgeteilten Bedingungen griffen nur dann Platz, wenn der Versicherte aktiver Teilnehmer an den Kriegsoperationen (Mitkämpfer) sei. Sie klagt deshalb die Versicherungssummen in den vorliegenden beiden Prozessen gegen den Janus und gegen die Germania ein.

In dem Rechtsstreit gegen den Janus hat das Landgericht I Berlin die Klage abgewiesen, das Kammergericht aber die Beklagte verurteilt. Dagegen ist in der Sache gegen die Germania umgekehrt vom Landgericht Bochum die Beklagte verurteilt, vom Oberlandesgericht Hamm aber die Klage abgewiesen worden. Das Kammergericht führt zur Begründung seiner verurteilenden Entscheidung aus: Der Besuch des Schützengrabens kann nicht als Teilnahme an einem Kriegsereignis im Sinne der Versicherungsbedingungen angesehen werden. Es kann nicht festgestellt werden, daß C. des Willens war oder auch nur das Bewußtsein hatte, sich einer Lebensgefahr auszusetzen. Das bloße Betreten des Kampfgebietes aber ohne das Bewußtsein, an der Kriegsgefahr teilzunehmen, ist keine Teilnahme an den Kriegsereignissen. Selbst wenn C. aber das Bewußtsein gehabt haben sollte, sich im Schützengraben der Kriegsgefahr auszusetzen, so würde das noch nicht die Anwendung des § 8 der Versicherungsbedingungen rechtfertigen. Das bewußte Aufsuchen des Kampfgebietes für sich allein ist noch keine Teilnahme an Kriegsereignissen. Als solche Teilnahme kann nur der Wille, das Bewußtsein, sich an den Kampfhandlungen zu beteiligen, angesehen werden. Das trifft aber auf C. nicht zu. — Das Oberlandesgericht Hamm dagegen begründet seine abweichende Entscheidung so: Als unter den Begriff der Kriegs-

teilnahme fallend wird man auch diejenigen Personen ansehen müssen, die den Kriegsschauplatz nur gelegentlich einmal aufsuchen. Wie der vorliegende Fall zeigt, genügt auch schon der einmalige Besuch, um das Leben aufs Spiel zu setzen. C. hat den Kampfplatz betreten; dort befand er sich in Kriegsgefahr. Wenn er sich in solche gefährliche Nähe des Feindes begab, dann hatte er auch das Bewußtsein, an den Kriegsgefahren teilzunehmen. Eine solche Begebung in Kriegsgefahr bedeutet eine aktive Teilnahme an den Kriegsereignissen im Sinne des § 8 der Bedingungen. Nach dem erkennbaren Zweck der Versicherungsbedingungen sollte die ganz besondere Gefahr ausgeschlossen werden, die für jeden, der den Kriegsschauplatz (freiwillig oder gezwungen) betritt, eintrat.

Das Reichsgericht hat sowohl die vom Janus gegen seine Verurteilung, als auch die von der Klägerin wegen ihrer Abweisung gegenüber der Germania eingelegte Revision zurückgewiesen und die Urteile zweiter Instanz bestätigt, offenbar von der Rechtsansicht ausgehend, daß die in Frage kommenden Bedingungen der Germania der Klägerin ungünstiger sind als diejenigen des Janus.

Abführung von 4/5 der Arbeitgeberbeiträge an Ersatzkassen.

Der Bundesrat hat auf Grund des § 518 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung beschlossen, mit Wirkung vom 1. Januar 1917 an widerruflich anzuordnen, daß die Krankenkassen an die Ziegler-Hilfs- und Unterstützungskasse (Ersatzkasse) in Blomberg i/L. die bei ihnen für deren Mitglieder nach § 517 Abs. 2 RVO. eingehenden Beitragsteile der Arbeitgeber zu vier Fünfteln abzuführen haben. (Bek. des Reichskanzlers vom 14. November 1916, ZentrBl. f. d. Deutsche Reich Nr. 50 S. 400). — Zu vgl. die früheren Verzeichnisse solcher Ersatzkassen in ArbVers. 1914 S. 868 und 1915 S. 404.

Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung für versicherungspflichtige Militärbeamte.

Personen, die während des Krieges von der Heeresverwaltung auf Widerruf in Beamtenstellen verwendet werden und für sich und ihre Angehörigen Anspruch auf Versorgung nur aus dem § 35 des Offizierpensionsgesetzes vom 31. Mai 1906 und dem § 19 des Militär-Hinterbliebenengesetzes vom 17. Mai 1907 herleiten können, werden durch den § 1234 der Reichsversicherungsordnung nicht von der Versicherungspflicht befreit. Soweit sie mit versicherungspflichtigen Arbeiten beschäftigt werden (vgl. § 1226 der Reichsversicherungsordnung), sind deshalb für sie Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu entrichten. Ist eine Beitragsentrichtung bisher unterblieben, dann muß sie für die noch im Dienste der Heeresverwaltung stehenden Personen alsbald nachgeholt werden. Die Beiträge sind, nötigenfalls in Ratenzahlungen, von den Versicherten wieder einzuziehen. Für bereits Entlassene müssen die Beiträge in vollem Umfang auf die Reichskasse übernommen werden.

Ein Merkblatt über die Versorgung der Kriegshinterbliebenen

ist im Verlage „Beistand in Hinterbliebenenfürsorge", Münster i. W. erschienen. Das uns vorliegende Stück trägt den Vermerk „270. bis 320. Tausend". Die große Verbreitung zeugt für den Wert des Blattes. Es unterrichtet in gedrängtester Form und doch klar über die Ansprüche der Hinterbliebenen auf Militärbezüge und über die außerdem bestehenden Ansprüche auf Hinterbliebenenfürsorge nach der Reichsversicherungsordnung, sowie über das, was zur Geltendmachung dieser Ansprüche zu tun ist. Der Preis beträgt für 100 Stück nur 1,75 ℳ. Also ein zur Massenverbreitung sehr geeignetes Blatt.

Ein Gedenktag der deutschen Sozialgesetzgebung.

In den „Deutschen Kriegsnachrichten" erinnert Geh. Regierungsrat Dr. Poensgen daran, daß am 17. November 1916 35 Jahre vergangen waren, seit Kaiser Wilhelm I. jene berühmte Botschaft an den Reichstag richtete, zur „Förderung des Wohles der Arbeiter", welche die öffentlich-rechtliche Versicherung der Arbeiter für die Fälle der Krankheit, des Unfalls, der Erwerbsunfähigkeit und des Alters in Aussicht nahm. Der Kaiser hoffte dadurch „dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen". Die stetig fortschreitende deutsche Sozialpolitik beginnt mit dieser Botschaft, deren Gedanken unser Kaiser Wilhelm II. sich zu eigen gemacht und mit seinen Erlassen vom 4. Februar 1890 und vom 17. November 1906 — am 25. Jahrestage der ersten kaiserlichen Botschaft — weitergeführt hat.

Diese Politik hat „die geistigen, sittlichen und auch körperlichen Kräfte in unserem Arbeiterstande gestärkt und dadurch die Kultur und das Wirtschaftsleben unseres Volksganzen wesentlich gefördert. Die Hilfeleistungen, welche die Versicherung für die verschiedenen Notlagen vorsieht, ermöglichen dem Arbeiter die Aufrechterhaltung seines Hausstandes, die Erhaltung seiner Familie, die Erziehung seiner Kinder, die Heilung und Wiederherstellung seiner Gesundheit. Alles dies aber nicht als ein Almosen, sondern als ein selbsterworbenes Recht des Arbeiters. Die gewerblichen Schutzgesetze suchen gesundheitliche Schädigungen des Arbeiters zu verhindern, sie sorgen durch das Verbot der Kinderarbeit und durch die Regelung der Arbeit der jugendlichen und weiblichen Personen dafür, daß auch das kommende Geschlecht gesund heranwächst. Durch die Selbstverwaltung und durch die Beteiligung an der Rechtsprechung schulen sie den Arbeiter zu klarem Denken und selbständiger Entscheidungsfähigkeit. Insgesamt aber wirkt die Sozialpolitik, wie Bismarck in den der Botschaft folgenden Reichstagsverhandlungen ausführte, dahin, daß die arbeitenden Klassen den Staat nicht nur als einen fordernden Herrn betrachten, der Rekruten und Steuern verlangt, sondern daß auch die Arbeiter mit Vertrauen auf den Staat blicken können, dem sie angehören. Dieses Bewußtsein der Solidarität mit dem Staatsganzen kommt jetzt im Kriege noch stärker zum Ausdruck als im Frieden, wo der Lärm der Tageskämpfe es übertönt.

Wie sieht es mit der Arbeiterfürsorge im feind-

lichen Auslande aus, das gegen uns angeblich für Kultur und Volksrechte kämpft? Noch immer fehlt eine allgemeine Zwangsversicherung gegen Unfall und Krankheit in Frankreich, Belgien und Italien, für Alter und Invalidität in Italien und Belgien, während letztere in Frankreich zwar beschlossen, aber nicht durchgeführt ist. In Belgien mußte die deutsche Verwaltung erst die notdürftigsten Arbeiterschutzbestimmungen einführen. Die Zustände in den Goldbergwerken an der Lena sind für Rußland, wie die in den sizilischen Schwefelgruben für Italien bezeichnend.

So hat denn auch die durch die Botschaft von 1881 angekündigte deutsche Sozialpolitik im Kriege ihre Probe bestanden: Sie hat zur wirtschaftlichen Gesundheit unserer Arbeiterschaft und unseres gesamten Volkskörpers beigetragen, die uns die wirtschaftlichen Schwierigkeiten im Kriege überstehen läßt, sie hat auch zur Tüchtigkeit unseres Heeres und unserer Kriegsmittel mitgewirkt. Alles, was unsere Industrie heute an Schiffen und Munition und all den tausenden Werkzeugen des Krieges schafft, wäre nicht möglich ohne eine gut geschulte und intelligente Arbeiterschaft. Die Sozialpolitik hat dazu geführt, daß auch der gewerbliche Arbeiter seine körperliche Rüstigkeit bewahren konnte, daß seine Kinder zu leistungs- und waffenfähigen Menschen heranwuchsen; sie hat den Arbeitern das Bewußtsein der vaterländischen Zusammengehörigkeit verstärkt, sie hat ihnen die sittliche Kraft, die Bildung und die Selbständigkeit des Denkens gegeben, die ihn auch als Soldaten seinen Feinden überlegen macht.

So berühren sich Krieg und Frieden. Was als Friedenswerk begonnen und durchgeführt wurde, hilft mit, den Krieg zum siegreichen Ende zu bringen. Ist aber der Sieg erreicht, dann wird die Sozialpolitik dazu beitragen, die vom Krieg geschlagenen Wunden zu heilen, und ein neues Emporblühen ermöglichen, ebenso wie sich durch die Blüte des Deutschen Reiches nach dem Kriege von 1870 die in der Kaiserproklamation damals ausgesprochene Hoffnung erfüllt hat, daß es dem Deutschen Kaiser verliehen sein soll, „allzeit Mehrer des Deutschen Reiches zu sein, nicht in kriegerischen Eroberungen, sondern in den Werken des Friedens, auf dem Gebiete nationaler Wohlfahrt, Freiheit und Gesittung".

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Ersatz der Kosten von Operationshandschuhen.

1. Nach Rendsburg. Antwort: Nach Ziff. 41 der preuß. GebOrdg. für Aerzte sind Instrumente und Verbandmittel, die entweder nur einmaligen Gebrauch erlauben oder wegen besonderer Umstände vernichtet werden mußten, dem Arzte zu liefern oder ihrem Werte nach zu vergüten. Wenn eine dieser Voraussetzungen im gegebenen Falle zutrifft, so muß die Kasse auch die Kosten der Operationshandschuhe, neben der Vergütung für die Operation selbst, tragen.

Versicherungsrechtliche Beurteilung der Beschäftigung einer Schwangeren in der Entbindungsklinik.

2. Nach M. Frage: Ein Dienstmädchen gehörte unserer Kasse vom 1. Juli 1915 bis 1. August 1916 als Pflichtmitglied, dann als freiwilliges Mitglied an. Am 15. September begab sich dieselbe in die Königliche Frauenklinik und arbeitete dort bis zu ihrer am 3. Oktober erfolgten Entbindung in der Waschküche. Für diese Tätigkeit wurden ihr seitens der Klinik neben der Gewährung freien Unterhalts 15 ℳ auf die infolge der Entbindung vom 3. bis 10. Oktober 1916 entstandenen Kosten angerechnet, während der Differenzbetrag von uns gefordert wird. Wir sind der Auffassung, daß durch die an 18 Tagen gegen ein nach Lage der Sache wesentliches Entgelt ausgeübte Tätigkeit die freiwillige Mitgliedschaft bei unserer Kasse überhaupt erloschen und Ansprüche dementsprechend nicht mehr geltend gemacht werden können. Liegen diesbezügliche Entscheidungen vor?

Antwort: Entscheidungen sind uns nicht bekannt. Das Rechtsverhältnis der „Hausschwangeren" zur Klinik ist aber ähnlich wie es nicht selten gegenüber Hebammen vorkommt. Wir verweisen hierüber auf Astfalck in Arb.Vers. 1914 S. 625, 626 und meinen: Den wesentlichen Gegenstand der Vereinbarung bildeten nicht Dienste, welche die Klinik der Schwangeren leisten sollte. Diese sollte dort entbunden und gepflegt werden, andererseits aber, solange es anging, sich im Hause nützlich machen. Das war keine Erwerbstätigkeit, keine Beschäftigung gegen Entgelt, sondern Tätigkeit zur teilweisen Abgeltung empfangener Leistungen. Deshalb wurde dadurch keine Versicherungspflicht und keine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Kasse begründet. War sonach die Wöchnerin freiwilliges Mitglied der Kasse geblieben, so hatte sie Anspruch auf die satzungsmäßige Wochenhilfe. Ein direkter Anspruch der Klinik gegen die Kasse läßt sich nicht begründen; an sie würde die Kasse nur mit Zustimmung der Wöchnerin zahlen können.

Vorentscheidungen in Beschlußsachen.

3. Nach D.
Antwort: Wir können in der Entsch. des RVA. 1915, Amtl. Nachr. 1914 S. 741 ff. keinen Anhalt für Ihre Annahme finden, daß eine Vorentscheidung durch den Vorsitzenden des Versicherungsamts auch in solchen Beschlußsachen zulässig sei, die nicht dem Beschlußausschuß überwiesen sind. Im Gegenteil: In den Gründen der Entscheidung wird hervorgehoben, daß die Vorentscheidung nach der RVO. nur dazu dienen sollte, die kollegialen Verhandlungen von unwichtigen Sachen zu entlasten. Dieser Gedanke ist durch § 60 der Verordg. über das Verfahren vor dem Versicherungsamt auf Beschlußsachen ausgedehnt, aber eben nur auf solche, die vor das Kollegium, den Beschlußausschuß gehören. Daß aus der erwähnten Entscheidung nicht hergeleitet werden kann, daß auch im Beschlußverfahren vor dem Oberversicherungsamt eine Vorentscheidung zulässig sei, haben wir schon in Arb.Vers. 1915 S. 72 Ziff. 6 ausgeführt.

Gewährung von Brillen usw. über die satzungsmäßige Leistungszeit hinaus.

4. Nach Bünde. Frage: Heil- und Hilfsmittel werden ebenfalls nur für die satzungsmäßige Unterstützungsdauer gewährt, doch werden Brillen, Bruchbänder, Gummistrümpfe und ähnliche Mittel immer wieder gefordert und auch gewährt, damit Arbeitsunfähigkeit verhütet wird. Die Kranken erklären bei Versagung der Weitergewährung, sie würden sich selbst das Mittel nicht beschaffen und wieder krank und arbeitsunfähig melden. Ich bin der Meinung, daß die Kassenverwaltung aus Sorge, es könnte wieder Krankenhilfe notwendig werden, die besagten Heilmittel über die Unterstützungszeit hinaus nicht immer wieder von neuem gewähren kann und daß auch die Kranken Anspruch auf Krankengeld nicht haben, wenn sie absichtlich das Heilmittel nicht selbst beschaffen und dadurch Arbeitsunfähigkeit herbeiführen, denn dann beruht die Krankheit doch auf Vorsatz. Ist das richtig?

Antwort: Wenn mit dem Wegfall der Gebrauchsfähigkeit der Brille oder eines ähnlichen Heilmittels nur der frühere Krankheitszustand, dem das Heilmittel bisher abgeholfen hat, wieder zutage tritt, so kann von einer „neuen" Krankheit, wegen deren nach Ablauf der früheren Leistungsdauer (§ 183 RVO.) ein neuer Anspruch auf Kassenleistungen, also entweder auf Erneuerung des Heilmittels oder auf Krankengeld wegen Arbeitsunfähigkeit erhoben werden könnte, nicht die Rede sein. Wohl aber wird in solchen Fällen nicht selten eine Verschlimmerung des früheren Zustandes eintreten, die als neue Erkrankung anzusehen ist. Alsdann würde die Kasse das Heilmittel zu gewähren oder, wenn beim Mangel des Mittels Arbeitsunfähigkeit eintritt, Krankengeld zu gewähren haben (zu vgl. besonders Entsch. in Arb.Vers. 1893 S. 140 und die weitergehenden Ausführungen von Sauerbeck das. S. 263; auch Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 5e zu § 182, Hoffmann Anm. 7a zu § 182 RVO.). In solchen Fällen dem Versicherten das Krankengeld unter allen Umständen zu versagen, weil er durch Nichtbeschaffung des neuen Mittels die Neuerkrankung „vorsätzlich" verursacht habe, geht nicht an. Abgesehen davon, daß er möglicherweise mittellos oder doch nur mit verhältnismäßig erheblichen Opfern das Mittel zu beschaffen in der Lage ist, wird sich in der Regel noch höchstens sagen lassen, daß er die Erkrankung schuldhaft, nicht aber daß er sie vorsätzlich verursacht habe. Um solchen erneuten Erkrankungen vorzubeugen, empfiehlt Hahn a. a. O. eine nachsichtige Praxis der Kassen, d. h. die erneute Gewährung des Heilmittels in geeigneten Fällen auch nach Ablauf der Unterstützungszeit.

Röntgenbestrahlung als ärztliche Behandlung.

5. Nach Anklam. Frage: Im hiesigen städtischen Krankenhause ist ein Röntgenapparat aufgestellt worden, der häufig zur Bestrahlung mit Höhensonne benutzt wird. Der Arzt ordnet die Bestrahlung an, gibt auch der Röntgenschwester erstmalig die Anweisung, wie die Bestrahlung ausgeführt werden soll, kümmert sich aber dann garnicht um die weitere Heilbehandlung. Danach handelt es sich wohl nicht um ärztliche Behandlung, sondern nur um eine Heilmittelbehandlung, sodaß die Kasse nicht die Gesamtkosten zu übernehmen, sondern nur einen Zuschuß bis zu 20 ℳ zu gewähren hätte (siehe Arb.Vers. 1915 S. 712 und 791 Ziff. 7)?

Antwort: Das RVA. sieht Röntgenbestrahlung lediglich als ärztliche Behandlung an, weil jede einzelne Bestrahlung vom Arzt überwacht „oder" nach seiner genauen Anordnung ausgeführt werden muß. Danach ist es nicht erforderlich, daß der Arzt bei jeder einzelnen Bestrahlung mitwirkt, sondern es genügt, daß er die erforderlichen Anweisungen für den sachgemäßen Gebrauch des Apparats im Einzelfalle gegeben hat. Er gewährt auf diese Weise die ärztliche Behandlung mit Hilfe des von ihm angewiesenen und geleiteten Heildieners.

Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft durch zweimalige Beitragssäumnis.

6. Nach L. 151. Antwort: An sich ist die Auffassung des Vorstandes richtig. Die gegenteilige Ansicht kann sich keineswegs auf die Ausführungen von Hahn in Anm. 1a zu § 314 RVO. berufen. Dort ist vielmehr ausdrücklich hervorgehoben, daß die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter schon dann erlischt, wenn sie die vollen Beiträge an zwei aufeinander folgenden Zahltagen nicht entrichten. Nach § 51 Abs. 1 der Satzung hatte das freiwillige Mitglied spätestens bis zum 10. jeden Monats die Beiträge, d. h. die vollen Beiträge im voraus einzuzahlen. Da es am 10. Juli aber nur den Beitrag für eine Woche, statt für die Zeit bis zum 30. Juli entrichtet hat, so war ein Zahltag bereits am 10. Juli (nicht erst am 17. Juli!) versäumt, und die Mitgliedschaft mußte daher nach § 314 Abs. 1 RVO. (§ 11 Abs. 4 der Satzung) erlöschen, wenn das Mitglied auch am nächstfolgenden Zahltage, d. i. am 10. August, die spätestens an diesem Tage fälligen Beiträge nicht voll entrichtete. Indessen scheint der Vorstand, wenn er die Mitgliedschaft als an diesem Tage erloschen ansehen will, doch einen anderen wesentlichen Umstand zu übersehen, nämlich den, daß der Versicherte am 5. August bereits arbeitsunfähig krank war und bis zum 30. Oktober Krankengeld bezog. Er hatte deshalb nach § 383 RVO. (§ 54 der Satzung) für diese Zeit keine Beiträge zu zahlen. Der 10. August war somit für ihn kein Zahltag, und das Erlöschen der Mitgliedschaft

konnte daher erst eintreten, wenn die Beitragspflicht wieder wirksam geworden und dann am nächsten Zahltag wieder der fällige Beitrag nicht voll entrichtet worden ist.

Die Kasse kann den Beschluß, Sachleistungen als Kriegswochenhilfe zu gewähren, aufheben.

7. **Nach Haßfurt.** Antwort: Daß der Beschluß des Kassenvorstandes, Sachleistungen statt der baren Beihilfen zu gewähren, nur „allgemein für alle Wöchnerinnen" gefaßt werden kann (§ 4 der Bek. vom 3. Dezember 1914), schließt die Befugnis des Vorstandes zur Aufhebung des Beschlusses nicht aus. Die Aufhebung gilt dann allgemein für alle künftigen Fälle, läßt aber die vorher durch Sachleistungen erledigten Fälle unberührt. Ein Anspruch der beiden Wöchnerinnen auf Nachzahlung läßt sich daher nicht begründen.

Die Versicherungsberechtigung bestimmt sich seit Inkrafttreten der RVO. auch für ältere Mitglieder nach dem neuen Recht (§§ 176, 180 Abs. 5 RVO.).

8. **Nach Bbf. 100.** Antwort: Für die Versicherungsberechtigung gelten seit dem Inkrafttreten der RVO. ausschließlich die Vorschriften dieses Gesetzes und die Bestimmungen der neuen Satzung. Andere als die im § 176 RVO. (§ 6 Ihrer Satzung) bezeichnete Personen sind nicht berechtigt, der Kasse beizutreten, und dürfen nicht aufgenommen werden. Für freiwillig Beigetretene, für die sich nach den Vorschriften des § 180 Abs. 1—4 RVO. kein Grundlohn ermitteln läßt, ist der gemäß § 180 Abs. 5 RVO. durch die Satzung bestimmte Grundlohn (§ 19 Abs. 8 Ihrer Satzung) auch dann anzuwenden, wenn sie schon vor Geltung der RVO. beigetreten waren und damals für sie nach der alten Satzung ein anderer Grundlohn galt.

Zur Gebührenordnung für Aerzte.

9. **Nach Hochemmerich.** Antwort: Die Rechnung des Arztes ist unbegründet. Er berechnet „für Beratung, Untersuchung, Verordnung und Behandlung" in den ersten beiden Fällen je 5 ℳ und weiterhin je 3 ℳ. Er hat aber für jede Beratung nach Ziff. 3 und 4 der Taxe nur 1 ℳ zu fordern, und diese Gebühr schließt nach Ziffer 6 die Untersuchung und die Verordnung mit ein. Neben dieser Gebühr könnte der Arzt für die „Behandlung" nur dann eine besondere Vergütung beanspruchen, wenn es sich um eine jener „besonderen Verrichtungen" handelte, die unter B der Taxe aufgeführt sind. Dann muß der Arzt aber diese Verrichtung für jeden einzelnen Fall bestimmt bezeichnen, damit geprüft werden kann, ob der Anspruch sich innerhalb der Sätze der Taxe hält, an die auch der Facharzt gebunden ist.

Gebühren für Zahnfüllungen.

10. **Nach Rostock.** Antwort: Im ersten Punkt treten wir Ihnen bei. Die taxmäßige Vergütung für die Füllung einer Zahnhöhle schließt den Anspruch auf eine besondere Vergütung für die „Vorbehandlung" aus, soweit diese nur in der ordnungsmäßigen Vorbereitung der eigentlichen Füllung, insbesondere in der notwendigen Erweiterung und Reinigung der Zahnhöhle besteht. Anders verhielte es sich nur dann, wenn es sich um die Behandlung eines besonderen krankhaften Zustandes handelte, die vorangehen mußte, ehe zur Zahnfüllung geschritten werden konnte. Dann muß der Arzt aber diese besondere Verrichtung bezeichnen. Im zweiten Punkte sind wir anderer Meinung. Die Gebühr kommt für jede einzelne Füllung in Ansatz, ist also, wenn mehrere Höhlen, sei es auch in demselben Zahn oder in der Wurzel zu füllen sind, mehrfach zu berechnen.

a) Anfertigung orthopädischer Schuhe gehört nicht zur ärztlichen Behandlung. b) Haftung des Barbiers für Verletzung beim Rasieren.

11. **Nach Bünde.** Antwort: a) Die Anfertigung orthopädischer Schuhe, auch wenn sie durch einen Bandagisten nach Anordnung des Arztes erfolgt, kann nicht als Teil der ärztlichen Behandlung angesehen werden. Denn diese umfaßt jedenfalls nur solche Tätigkeiten, die „in der herkömmlichen Tätigkeitssphäre des Arztes liegen" (Rosin, Recht der Arbeiterversicherung I S. 376, 377, Hahn Anm. 4b zu § 182 RVO.).

b) Der Barbier ist schadenersatzpflichtig, wenn er die Verletzung oder das Eintreten der Entzündung vorsätzlich oder fahrlässig verursacht hat (§ 823 BGB.). Das ist aus Ihren Angaben nicht zu entnehmen. Daß in die kleine Wunde „wahrscheinlich bei der Arbeit (des Barbiers oder des Barbierten?) ein unreiner Stoff gekommen ist", genügt nicht zur Begründung eines Anspruchs.

Kosten einer von den Hinterbliebenen veranlaßten Leichenöffnung.

12. **Nach Niederroßla.** Antwor: Wenn die Leichenöffnung im Rahmen der Unfalluntersuchung (§§ 1559 ff. RVO.) stattgefunden hat, fallen die Kosten der Ortspolizeibehörde zur Last; nur wenn die Berufsgenossenschaft die Leichenöffnung beantragt hat, hat sie auch die Kosten zu tragen (zu vgl. Lehmann Anm. 3 zu § 1559 und 4c zu § 1564 RVO.). Ersichtlich liegt keiner dieser beiden Fälle vor, da Sie angeben, daß der von der Ehefrau gemeldete Unfall „nicht anerkannt" wurde und hierauf die Ehefrau selbst die Oeffnung der Leiche vor der Beerdigung vornehmen ließ. Dies scheint also nicht im Rahmen einer polizeilichen Unfalluntersuchung geschehen zu sein. Daher fallen die Kosten lediglich der Ehefrau zur Last, obgleich nach Ihrer Angabe das Ergebnis der Leichenöffnung schließlich dazu geführt hat, daß das Reichsversicherungsamt, abweichend von den Vorinstanzen, den Tod als Unfallfolge festgestellt hat.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamerstraße 12.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe: Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh Regierungsrat Dr. Zacher

Heft 1158 der ganzen Folge

33. Jahrgang | 21. Dezember 1916 | Heft 36

Zur Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaften (§ 418 RVO.).

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I.

Bei der Entscheidung über die Anträge auf Befreiung der Dienstboten von der Krankenversicherungspflicht spielt die Frage nach der Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaften eine große Rolle. Mit Recht, denn nach § 418 in Verbindung mit § 435 RVO. hat die Dienstherrschaft die dem zu befreienden Dienstboten zugesicherte Unterstützung, die den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertig sein muß, aus eigenen Mitteln zu decken. Außerdem aber haben die Krankenkassen das größte Interesse an der ausreichenden Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaften, weil sie für den Fall, daß die Dienstherrschaft die Leistungspflicht nicht erfüllt, den befreiten Dienstboten vorbehaltlich des Rückgriffs auf die Dienstherrschaft, die satzungsmäßigen Leistungen gewähren müssen (§ 422 RVO.). Diese Verpflichtung läßt das vielfach beobachtete Bestreben der Kassenvorstände, an die Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaften die höchsten Anforderungen zu stellen, erklärlich erscheinen. Es wurde dabei so weit gegangen, daß sich der Minister für Handel und Gewerbe genötigt sah, in einem Erlasse vom 4. Februar 1914 (Min.Bl. d. Hand. u. Gew.Verw. S. 56) darauf aufmerksam zu machen, daß das Gesetz den Dienstherrschaften bei Erfüllung der gesetzlichen Vorbedingungen einen Rechtsanspruch auf Genehmigung des Befreiungsantrages verleihe, der nicht durch eine mit der Absicht des Gesetzgebers unvereinbare Auslegung und Handhabung der gesetzlichen Vorschriften geschmälert werden dürfe. Den an die Leistungsfähigkeit zu stellenden Anforderungen seien nicht die höchsten Ansprüche zu Grunde zu legen, welche an die Dienstherrschaft unter äußerst selten eintretenden Voraussetzungen erhoben werden könnten, sondern Unterstützungsfälle, die zwar schwerer Art sind, aber doch öfter vorzukommen pflegten.

II.

Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit bietet keine besonderen Schwierigkeiten, wenn es sich um Dienstherrschaften handelt, die über größeres Vermögen oder um ein höheres gesichertes Einkommen verfügen. Die Frage, wie groß das Vermögen oder das Einkommen sein muß, um eine ausreichende Grundlage für die Leistungsfähigkeit hinsichtlich der zugesicherten Leistungen aus der Krankenversicherung abzugeben, läßt sich nicht allgemein beantworten. Es hängt dies naturgemäß in erster Linie von den örtlichen Teuerungsverhältnissen ab. In größeren Städten pflegen die Kosten für ärztliche Behandlung und für Krankenhauspflege höher zu sein als in kleinen Städten oder auf dem Lande. Auch ist hier das Krankengeld wegen des geringern Entgelts in der Regel geringer. Im allge-

meinen muß auch berücksichtigt werden, daß schon im Hinblick auf die zeitliche Begrenzung der Unterstützung und die gesunde Beschäftigung der Dienstboten besonders kostspielige Unterstützungsfälle zu den Seltenheiten gehören. Der Nachweis eines ausreichenden Vermögens oder eines höheren Einkommens ist aber nicht die einzige Unterlage für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaft. Es kann ihr jedenfalls nicht versagt werden, durch Hinterlegung einer Sicherheit alle Zweifel hinsichtlich der Sicherung der Ansprüche der Dienstboten zu beseitigen oder doch zu mildern. Dies ist auch in der Praxis nicht bestritten worden. Nun sind auch hier die Anforderungen der Kassenvorstände recht weit gegangen. In dem angezogenen Erlasse vom 4. Februar 1914 ist schon betont worden, daß bei Bemessung der Sicherheit nicht über den Betrag hinausgegangen werden dürfe, der zur Sicherstellung der Kasse unbedingt erforderlich sei. Handele es sich um eine Mehrzahl von Dienstboten, so sei der auf jeden von ihnen zu berechnende Sicherheitsbetrag entsprechend der bei zunehmender Anzahl eintretenden Minderung des Risikos herabzusetzen. Das RVA. s. Entsch. vom 6. Februar 1915 (Amtl. Nachr. S. 512), hat es außerdem für unzulässig erklärt, die Befreiung von der Versicherungspflicht ein für allemal von der Sicherheitsleistung abhängig zu machen.

Ein weiteres Mittel für die Gewährleistung der Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaft ist die R ü c k v e r s i c h e r u n g. Wenngleich nach den Verhandlungen in der Reichstagskommission hierüber keine völlige Klarheit geherrscht hat, so hat doch das RVA. in der Entsch. vom 6. Februar 1915 grundsätzlich ausgesprochen, daß die Rückversicherung bei Prüfung der Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden müsse. Die Zulässigkeit der Rückversicherung ist zuerst bei Beratung des § 186 des Entwurfs (§ 173 des Gesetzes) erörtert worden. Dieser sah unter einer besonderen Nr. 2 die Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag für alle Personen vor, welche bei Erkrankung an ihren Arbeitgeber einen Anspruch auf eine den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertige Unterstützung hatten, wenn der Arbeitgeber die volle Unterstützung aus eigenen Mitteln deckte und seine Leistungsfähigkeit sicher war. Dabei wurde ein Antrag gestellt, dem Arbeitgeber die „unmittelbare" Gewährung der Unterstützung zur Pflicht zu machen. Zur Begründung wurde folgendes bemerkt:

„Die Bestimmung des § 186 Nr. 2 verfolge zweifellos eine gute Absicht. Sie wolle u. a. den Arbeiter, der gleichwertige Ansprüche gegen den Arbeitgeber habe, von der Beitragspflicht befreien. Trotzdem sei mit dem bestehenden Gesetze nach dieser Richtung großer Mißbrauch getrieben worden. Es gebe Firmen, die ihr gesamtes Personal von der Versicherung befreien ließen und dann mit Privatgesellschaften Versicherungsverträge abschlössen. Diese Gesellschaften gewährten durch ihre Vertrauensärzte, nach Befinden auch mit freier Arztwahl, die ärztliche Behandlung. Von den Angestellten selbst aber werde seitens der Firma zwar kein Krankenkassenbeitrag erhoben, aber man ziehe sie in irgend einer anderen verschleierten Form zu den Kosten heran. Ein solches Verfahren halte man umsomehr für unstatthaft, als der Arbeitgeber nicht kontrollieren könne, ob die Gesellschaft die Unterstützung im erforderlichen Umfange gewähre. Dadurch könne aber der Arbeiter schwer geschädigt werden. Man müsse daher Wert darauf legen, daß der Arbeitgeber selbst die fragliche Leistung gewähre. Dies glaube man durch den Antrag Nr. 2 zu erreichen."

Demgegenüber erklärte ein Vertreter der verbündeten Regierungen: „Diese Verhältnisse seien bei Abfassung des Entwurfs bekannt gewesen. Es sei daher, wie in der Begründung zum § 186 ausgeführt sei, die Bestimmung aufgenommen, daß der Arbeitgeber „die v o l l e Unterstützung aus eigenen Mitteln decken müsse". Die Fürsorge für die Angestellten im Wege einer privaten Versicherung entspreche allerdings nicht dem ursprünglichen Gedanken des Gesetzgebers; man

müsse aber doch zugeben, daß ein vollkommener Ausschluß der Versicherung häufig in gleichem Maße den Interessen des Arbeitgebers und denen des Arbeitnehmers widersprechen werde. Für den letzten komme es schließlich doch nur darauf an, daß bei Eintritt des Versicherungsfalls die Leistung sicher gewährt werde; ob sie der Arbeitgeber unmittelbar aus eigener Tasche zahle oder sich dafür durch eine Rückversicherung decke, sei für den Versicherten ohne Belang, so lange er seinerseits zu den Kosten dieser Rück-Versicherung nichts beizutragen habe. Wenn man aber noch einen weitergehenden Schutz des Angestellten bei Abschluß einer solchen Versicherung wünsche, so könne man sich hierüber wohl verständigen."

Vom Staatssekretär des Innern wurde noch folgendes ausgeführt: „Es sei bezweifelt worden, ob die durch einen Regierungsvertreter hervorgehobenen Bestimmungen des Entwurfs genügen würden, um eine Schädigung der Befreiten bei Abschluß einer privaten Versicherung durch den Arbeitgeber zu verhindern. Es sei hierzu ausgeführt, daß der Befreite leicht dadurch benachteiligt werden könne, daß der Arbeitgeber bei Erkrankung des Befreiten die Leistungen der Versicherungsgesellschaft nicht überwache und diese ihre Verpflichtungen dann nur mangelhaft erfülle. Diese Möglichkeit wolle der Antrag Nr. 3 dadurch ausschließen, daß er eine „unmittelbare" Gewährung der Unterstützung durch den Arbeitgeber vorschreibe. Diesem Antrag könne man zustimmen, da die erwähnte Befürchtung nicht ganz unberechtigt sei und der Antrag einen wirksamen Schutz der Befreiten in dieser Richtung schaffe. Allerdings werde auch nach dem Antrag eine Versicherung seitens des Arbeitgebers nicht ausgeschlossen sein, die Versicherung könne aber dann noch dahin abgeschlossen werden, daß die Versicherungsgesellschaft dem Arbeitgeber selbst die für die Unterstützung des Befreiten gemachten Aufwendungen ersetze. Eine solche Versicherung könne aber den Befreiten nicht schädigen, sie werde sogar oft eine wünschenswerte Erhöhung der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers bedeuten. Ein Anlaß, auch eine solche Versicherung auszuschließen, liege daher nicht vor." (Vgl. Komm.Ber. z. RVO. 2. Teil S. 36, 37).

Nachdem die Nr. 2 des § 186 des Entwurfs abgelehnt war, wurde auf die angeregten Fragen bei Beratung des § 418 zurückgekommen. Der Antrag, die Rückversicherung für unzulässig zu erklären, wurde abgelehnt, nachdem ein Regierungsvertreter folgendes erklärt hatte: „Durch die Vorschrift des § 447 Abs. 2 Nr. 1 und 2 (§ 418 Abs. 2 Nr. 1, 2 des Gesetzes) solle der Arbeitgeber nicht verhindert werden, sich wegen der übernommenen Leistungen durch Abschluß einer Rück-Versicherung zu decken. Der Arbeitgeber müsse aber die Prämien für diese Rück-Versicherung völlig aus eigenen Mitteln bezahlen. Es sei nicht gestattet — wie es gegenwärtig in einzelnen Fällen auf Grund des § 3 a des Krankenversicherungsgesetzes geschehen sei — den Befreiten in irgend einer Form zur Zahlung der Prämien heranzuziehen. Ob der Arbeitgeber sich auf seine Kosten rückversichere, könne dem Befreiten einerlei sein, so daß gegen diese Regelung auch vom Standpunkt des Befreiten nichts einzuwenden sei."

Von einem anderen Regierungsvertreter wurde aber folgendes ausgeführt:

„Im übrigen sei die Befürchtung, daß der § 447 (§ 418 des Gesetzes) den Landkrankenkassen einen erheblichen Teil der Versicherten entziehen werde, kaum begründet. Der Arbeitgeber müsse als Voraussetzung der Befreiung so erhebliche Leistungen übernehmen, daß die Nachprüfung der Leistungsfähigkeit die Befreiung auf einen verhältnismäßig kleinen Kreis von größeren Grundbesitzern beschränken werde. Man bemerke dabei, daß die Leistungsfähigkeit in der Person des Arbeitgebers ohne Rücksicht auf eine etwaige Rückversicherung sichergestellt sein müsse. Es würden daher für die Befreiung regelmäßig nur Großgrundbesitzer in Frage kommen, die ohnehin berechtigt sein würden, eine Betriebskrankenkasse zu errichten.

Eine beachtliche Beeinträchtigung der Landkrankenkassen sei daher durch den § 447 (§ 418 des Gesetzes) nicht zu befürchten." (Vgl. Komm.Ber. z. RVO. 2. Teil S. 391).

III.

Aus diesen Vorgängen ergibt sich, daß die Rückversicherung zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaft an sich nicht ausgeschlossen ist, sofern nur der Arbeitgeber die ganzen Beiträge für diese Rückversicherung allein trägt. Unklar ist nur, wieweit die Rückversicherung die Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaft zu begründen im Stande ist, mit anderen Worten, ob die Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaft ohne Beziehung zu einer Rückversicherung vorhanden sein muß, oder ob durch die Rückversicherung die Leistungsfähigkeit einer an sich leistungsunfähigen Dienstherrschaft begründet werden kann.

Für die Annahme, daß die Dienstherrschaft ohne Rücksicht auf eine etwaige Rückversicherung leistungsfähig sein müsse, kann nur die eine Erklärung des Regierungsvertreters ins Feld geführt werden. Abgesehen davon, daß sie im Gesetze selbst keinen Ausdruck gefunden hat, ist zu berücksichtigen, daß sie in der klarliegenden Absicht abgegeben wurde, die wegen des Bestandes der Landkrankenkassen geäußerten Bedenken zu zerstreuen. Die übrigen Erklärungen der Regierungsvertreter wurden von solchen Rücksichten nicht beeinflußt, sondern beruhten auf der objektiven Würdigung der Interessen der Versicherten und der Arbeitgeber. Da die Krankenkassen aber nicht um ihrer selbst willen da sind, so müssen ihre Interessen denjenigen der übrigen Beteiligten nachstehen, solange nicht das Gesetz eine andere Stellungnahme aufnötigt. Nach Lage der Gesetzgebung ist das nicht der Fall. Im Gegenteil sieht die RVO. in den §§ 267, 269 ausdrücklich die Schließung von Orts- und Landkrankenkassen vor, wenn die Mitgliederzahl dauernd unter die Mindestzahl sinkt, wobei der Grund, aus dem der Rückgang eintritt, gleichgültig ist. Ebensowenig wie einem Unternehmer die Gründung einer Betriebskrankenkasse bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen streitig gemacht werden kann, darf, wie in dem Erlasse vom 4. Februar 1914 zutreffend betont ist, den Dienstherrschaften die Befreiung ihrer Dienstboten versagt werden, wenn die gesetzlichen Vorbedingungen erfüllt sind. Muß diesem Anspruche der Dienstherrschaften gegenüber die Rücksichtsnahme auf den Bestand der Krankenkassen zurücktreten, so kann der Einfluß der Rückversicherung auf die Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaft nur dahin beurteilt werden, daß durch die Versicherung der Dienstboten bei einem privaten Versicherungsunternehmen die Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaften gewährleistet ist, sofern die Erfüllung der den Dienstboten zugesicherten Ansprüche auf diesem Wege unbedingt sichergestellt ist. Ein solcher Standpunkt erscheint um so mehr berechtigt, als diese Versicherung sogar eine größere Sicherheit bietet, als die Vermögenslage des Arbeitgebers, die schließlich allerhand Zufälligkeiten ausgesetzt sein kann.

IV.

Hiernach bleibt im Einzelfall nur zu untersuchen, ob die Versicherungsbedingungen so gestaltet sind, daß jede Verpflichtung der Dienstherrschaft gegenüber den Dienstboten durch die Versicherung gedeckt wird. Zu dem Zwecke muß das Versicherungsunternehmen gegen die Zahlung der Prämien bei Erkrankung der Dienstboten die Gewährung einer Unterstützung zusichern, die derjenigen der zuständigen Kassen gleichwertig ist. Die Verpflichtung zur Leistung dieser Unterstützung darf aber nicht etwa nur gegenüber befreiten Dienstboten übernommen werden, sondern muß schon hinsichtlich aller Dienstboten bestehen, deren Befreiung beantragt ist; denn nach § 175 Abs. 1 Satz 2 RVO. wirkt die Befreiung vom Eingange des Antrags ab. Da zwischen dem Eingange des Befreiungsantrags und dem Tage der Entscheidung über den Antrag, namentlich dann, wenn erst im Beschwerdeverfahren eine Entscheidung herbeigeführt wird, eine gewisse Spanne Zeit liegt, so ist es nicht ausgeschlossen, daß der Dienstbote in der Zwischenzeit erkrankt. Solange die Befreiung nicht rechts-

kräftig ausgesprochen ist, ist der Dienstbote wie jeder andere Versicherungspflichtige Mitglied der zuständigen Krankenkasse. Daraus folgt, daß in solchen Fällen die Krankenkasse nicht an Stelle des Arbeitgebers eintreten muß, sondern aus eigener Verpflichtung heraus zu leisten hat. Im Hinblick auf die rückwirkende Kraft der Befreiung gestaltet sich aber die Gewährung der Unterstützung an den Dienstboten im Augenblicke der Rechtskraft der Befreiung zu einer zu Unrecht gewährten Kassenleistung, die die Dienstherrschaft der Krankenkasse aus dem Gesichtspunkte der ungerechtfertigten Bereicherung (§§ 812 ff. BGB.) ersetzen muß, d. h. die Dienstherrschaft muß der Kasse die vollen Kosten ersetzen, die diese durch die Gewährung der Krankenunterstützung an den Dienstboten gehabt hat. Tritt in solchen Fällen die Versicherung nicht für die Dienstherrschaft ein, so bietet sie keinerlei ausreichende Sicherheit für die Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaft, da diese in solchen Fällen dann mit eigenen Mitteln eintreten muß. Durch eine entsprechende Gestaltung der Versicherungsbedingungen kann selbstredend diesem Mangel abgeholfen werden. Geschieht dies, so ist in solchen Fällen das private Versicherungsunternehmen durch die Leistungen der Kasse zu Unrecht bereichert und es entsteht der Kasse gegenüber den Versicherungsunternehmen der Anspruch auf vollen Ersatz der aufgewendeten Kosten.

Ob für die Entscheidung von Streitigkeiten zwischen der Kasse und der Dienstherrschaft über den Erstattungsanspruch die Versicherungsbehörden zuständig sind, kann zweifelhaft sein. Allerdings ist ihre Zuständigkeit durch § 422 RVO. nicht begründet, denn seine Anwendbarkeit setzt voraus, daß der Arbeitgeber zu der Zeit, in der die Kasse leistet, bereits leistungspflichtig war und dieser Leistungspflicht nicht nachgekommen ist. Das trifft aber für Fälle dieser Art nicht zu, da die Leistungspflicht des Arbeitgebers erst mit der Rechtskraft der Entscheidung über den Befreiungsantrag beginnt. Die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden wird aber im Hinblick auf die Vorschrift im § 419 Abs. 2, RVO. § 435 anzunehmen sein, welcher lautet:

„Für die Befreiten gilt § 313 sinngemäß so, als ob sie bis zum Ablauf der Befreiung Mitglieder der Kasse gewesen wären; ebenso gelten entsprechend die §§ 195 bis 200, 224."

Hier ist also der § 224 RVO. schlechthin für anwendbar erklärt, wenngleich wie sich aus der Zusammenstellung mit §§ 195 bis 200 ergibt, nur an die Streitigkeiten gedacht ist, die sich bei Verteilung des Wochengelds gemäß § 197 zwischen der leistungspflichtigen Kasse oder dem leistungspflichtigen Arbeitgeber einerseits und den ersatzpflichtigen Kassen oder Arbeitgebern andererseits entstehen. Der § 224 RVO. regelt aber auch in Nr. 2 die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden bei Streitigkeiten über Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen zwischen Kassen. Wenn im § 419 Abs. 2 RVO. schlechthin bestimmt wird, daß bei befreiten landwirtschaftlichen Arbeitern und Dienstboten der § 224 entsprechend gelten soll, so kann das nur die Bedeutung haben, daß bei der Anwendung des ganzen § 224 RVO. der Arbeitgeber den Kassen gleichgestellt ist. Sonach werden auch Ersatzstreitigkeiten wegen zu Unrecht gewährter Leistungen zwischen Kasse und Arbeitgeber gelegentlich der Befreiung von landwirtschaftlichen Arbeitern und von Dienstboten von den Spruchbehörden entschieden. Nach § 1778 Abs. 1 RVO. ist die Revision gegen die Entscheidungen der Spruchkammer des Versicherungsamts ausgeschlossen. Dagegen ist die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden nicht begründet, wenn es sich um den Ersatzanspruch der Kasse gegen das Versicherungsunternehmen handelt, denn diese Streitigkeiten sind durch keine gesetzliche Vorschrift der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte entzogen.

V.

Eine unbedingte Gewähr für die Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaft wird durch die Rückversicherung gleichfalls nicht begründet, wenn es nach den Versicherungsbedingungen möglich ist, daß das Versicherungsunterneh-

men einem befreiten Dienstboten die Unterstützung verweigern darf. In dieser Beziehung würde besonders eine Bestimmung ins Gewicht fallen, daß bei Zahlungssäumnis der Dienstherrschaft den Dienstboten die Leistungen von der Versicherung nicht gewährt werden. Wenn durch Rückversicherung die Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaft als unbedingt gesichert angesehen werden soll, so muß ferner Vorsorge getroffen werden, daß die Kasse den Fortfall der Mitgliedschaft bei dem Versicherungsverein sogleich erfährt, damit sie die Befreiung wegen Fortfalls der Leistungsfähigkeit sofort widerrufen kann, es sei denn, daß das Versicherungsunternehmen nach den Versicherungsbedingungen verpflichtet ist, den einmal befreiten Dienstboten während der Dauer des Dienstvertrages ohne Rücksicht auf die Beitragszahlung durch die Dienstherrschaft die zugesicherten Leistungen zu gewähren. Eine solche Bestimmung hat u. a. der Dienstboten-Kranken-Versicherungsverein von Dienstherrschaften auf Gegenseitigkeit in Berlin in seinen vom 1. April 1916 geltenden Satzungen (§ 2 III) vorgesehen, denn es heißt dort:

„Dieser Unterstützungsanspruch besteht für die Dauer der Befreiung, also bis zum Ablaufe des bei Stellung des Befreiungsantrages bestehenden Arbeitsvertrages."

VI.

Wenn es nach der Gestaltung der Versicherungsbedingungen als ausgeschlossen gelten muß, daß während der Dauer der Befreiung jemals die Dienstherrschaft aus eigenen Mitteln leistungspflichtig wird, dann kann es keinem begründeten Zweifel unterliegen, daß die Dienstherrschaft voll leistungsfähig ist. Denn die Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaft im Sinne des § 418 RVO. ist nur im Interesse des Befreiten zu prüfen, mit anderen Worten es muß lediglich die Sicherheit dafür verlangt werden, daß die befreiten Dienstboten im Versicherungsfalle zu ihrem Recht kommen. Andere Erwägungen, insbesondere Rücksichten auf den Bestand der Krankenkassen müssen, solange die Befreiung von der Versicherungspflicht für Dienstboten zulässig ist, grundsätzlich ausscheiden, um so mehr, als sehr gewichtige Gründe, namentlich das durch das Zusammenleben in häuslicher Gemeinschaft begründete patriarchalische Verhältnis, dafür sprechen, den Dienstherrschaften die Möglichkeit zu belassen, die starren Formen der öffentlichen Versicherung mit lästigen Förmlichkeiten von sich fernzuhalten. Gerade diese Erwägungen haben den Anlaß geboten, die Befreiung der Dienstboten von der Krankenversicherungspflicht vorzusehen. In der Reichstagskommission führte der Staatssekretär des Innern darüber folgendes aus:

„Ziehe man die tatsächlichen Verhältnisse in Rücksicht, so könne es keinem Zweifel unterliegen, daß vielfach die Vorschrift des § 186 Nr. 2 geradezu unentbehrlich sei. Von größter Bedeutung sei die Vorschrift für die Ausdehnung der Versicherung auf die Landarbeiter und die Dienstboten. Diesen werde, besonders auf den größeren Gütern und in den wohlhabenderen Familien, gegenwärtig meist ärztliche Behandlung durch den Hausarzt sowie volle Verpflegung im Haushalt des Dienstherrn und daneben der ungekürzte Lohn gewährt. In diese, auch für die Angestellten besonders günstigen Verhältnisse durch den Versicherungszwang einzugreifen, liege kein Anlaß vor. Der Versicherungszwang werde in diesen Verhältnissen vom Standpunkt des Arbeitgebers vielfach zu unerträglichen Zuständen führen, beispielsweise, wenn eine Familie mehrere Dienstboten habe und diese etwa, weil ihre Kasse freie Arztwahl habe, jeder einen anderen Arzt zu Rate ziehen könnte. Die Zuziehung des Hausarztes werde in solchen Fällen eine weit geringere Belästigung des Arbeitgebers sein. Ebenso würden die unerläßlichen Formalitäten der gesetzlichen Versicherung — die An- und Abmeldung, die Beitragsentrichtung — von den Arbeitgebern der Landarbeiter und der Dienstboten gegenüber dem jetzigen Zustand vielfach drückend empfunden werden. Die rücksichtslose Einführung des Versicherungszwanges werde in diesen Verhältnissen oft zu einer Beseitigung der im Interesse

aller Beteiligten wünschenswerten persönlichen Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer führen." (Komm.Ber. z. RVO. 2. Teil S. 34.)

Daß sich in diesen Anschauungen inzwischen irgend etwas geändert haben sollte, kann nicht angenommen werden. Gerade das Gegenteil wird der Fall sein. Da der Verkehr mit den Krankenkassen den Dienstherrschaften eine große Belästigung verursacht hat, so tritt in verstärktem Maße der Wunsch nach einer Loslösung von dem Geschäftsbetriebe der Krankenkassen hervor. Wenn sich private Versicherungsunternehmen diese Stimmung zu Nutzen machen und alles aufbieten, um den Dienstherrschaften die erwünschte Erleichterung zu verschaffen, so tun sie damit nichts Unrechtes; im Gegenteil sie tragen damit einem dringenden Bedürfnis Rechnung.

Der Krankengeldanspruch bei einem vorbeugenden Heilverfahren.

Von Regierungsrat Heine in Hamburg

Die Aufgabe der Versicherungsträger erschöpft sich nicht darin, bereits bestehende Schädigungen der Leistungsfähigkeit Versicherter nach Möglichkeit auszugleichen, sondern sie sind auch berufen, solchen Schädigungen vorzubeugen, und die Wichtigkeit dieser im Interesse aller Beteiligten liegenden vorbeugenden Tätigkeit ist im Laufe der Zeit mehr und mehr erkannt worden. So können die Krankenkassen jetzt ihre Mittel für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung verwenden, die Berufsgenossenschaften überwachen Betriebe und Versicherte auf die genaueste Innehaltung ihrer Unfallverhütungsvorschriften, und die Landesversicherungsanstalten wenden große Mittel auf für allgemeine Maßnahmen gegen vorzeitige Invalidität der Versicherten und zur Hebung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse und gewähren vielen Versicherten zur Abwendung einer im Erkrankungsfalle drohenden Invalidität ein Heilverfahren. Auch die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte macht nicht nur von dem der Beseitigung bereits bestehender Berufsunfähigkeit bestimmten, sondern in anerkennenswerter Weise auch von dem Heilverfahren, das drohender Berufsunfähigkeit vorbeugen soll, einen besonders ausgedehnten Gebrauch. In vielen, ja, wie es scheint, in nahezu allen Fällen dieses sogenannten vorbeugenden Heilverfahrens, von dem allein hier die Rede sein soll, wird nun von den Versicherten, wenn sie einer Krankenkasse angehören, für die Zeit des Heilverfahrens unter der Behauptung des Bestehens von Arbeitsunfähigkeit in dieser Zeit Krankengeld gefordert, und es erhebt sich die Frage, wie die Krankenkassen sich zu dieser Forderung zu stellen haben. Beim Versicherungsamt Hamburg sind in letzter Zeit eine große Menge Streitsachen über derartige Krankengeldforderungen anhängig geworden, denn die Kassen im Bezirke dieses Versicherungsamtes pflegen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Bestehen von Arbeitsunfähigkeit in der Kurzeit zu bestreiten. Hingegen scheinen — wenigstens nach den in einzelnen Streitsachen von den Versicherten gemachten Angaben — Angehörige anderer, d. h. nicht hamburgischer Kassen keine Schwierigkeit mit dem Krankengelde zu haben, sondern es zu bekommen auf die Bescheinigung der Kurärzte hin, wonach sie in der und der Zeit ein Heilverfahren durchgemacht haben und arbeitsunfähig (meistens heißt es erwerbsunfähig) gewesen sind. Die Frage aber, ob wirklich während der ganzen Kurzeit oder während eines Teiles Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, ist meistens recht zweifelhaft; sie kann durchaus nicht für alle diese Fälle schlechthin bejaht oder verneint werden, sondern bedarf stets einer genauen, die Besonderheiten des Einzelfalles berücksichtigenden Prüfung.

Nach den Erfahrungen der Hamburger

Kassen können jedenfalls die Bescheinigungen der Kurärzte über die Arbeitsunfähigkeit als ausreichender Beweis ihres Bestehens nicht angesehen werden; einmal entsprechen diese Bescheinigungen vielfach schlechthin nicht den an eine beweiskräftige, für einen oft recht erheblichen Geldanspruch maßgebende Urkunde zu stellenden Anforderungen, denn es handelt sich meistens um ausgefüllte Vordrucke, die bisweilen nicht einmal unterschrieben, sondern nur unterstempelt sind; oft sind die Bescheinigungen auch von den Versicherten selbst geschrieben und vom Kurarzt nur unterschrieben, wobei schon Fehler in den Daten nachgewiesen werden konnten; vor allen Dingen aber pflegen sie sich durchweg auf die Bemerkung, daß Arbeitsunfähigkeit (Erwerbsunfähigkeit) bestand, zu beschränken, wobei bisweilen ein Leiden als Ursache dieses Zustandes angegeben wird; immer aber lassen sie eine Begründung vermissen, und dieser Begründung kann man nicht entraten, weil die Frage der Arbeitsunfähigkeit hier eben so sehr zweifelhaft ist. Freilich ist der Mangel einer Begründung ja leicht heilbar, denn man braucht nur den Kurarzt um ein ausführlich begründetes Gutachten zu ersuchen; erfahrungsgemäß ist aber dessen Ergebnis stets das gleiche, denn hat der Kurarzt einmal eine auf Arbeitsunfähigkeit lautende Bescheinigung ausgestellt, so wird er diesen Standpunkt auch in späteren Gutachten aufrechthalten und begründen, umsomehr, als eben wegen der Zweifelhaftigkeit mannigfache Gründe sowohl für die Bejahung wie für die Verneinung der Frage geltend gemacht werden können. Auch die Begründung solcher Gutachten aber pflegt zu Bedenken Anlaß zu geben, denn die Erfahrung hat erwiesen, daß viele Kurärzte den Begriff Arbeitsunfähigkeit zu weit auslegen.

Die Frage des Bestehens von Arbeitsunfähigkeit ist hier deshalb so zweifelhaft, weil es sich um Fälle handelt, in denen das Heilverfahren drohender Berufsunfähigkeit vorbeugen soll, also um Fälle, in denen Berufsunfähigkeit noch nicht besteht. Berufsunfähigkeit ist im Sinne des Angestellten-Versicherungsgesetzes dann anzunehmen, wenn die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist; Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Reichsversicherungsordnung aber liegt schon dann vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit seiner bisherigen Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgehen kann; also sind die Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eher erfüllt als die der Berufsunfähigkeit, und daraus ergibt sich zweierlei:

Ist ein Versicherter bereits berufsunfähig, so ist er, worüber wohl kein Streit bestehen dürfte, unter der weiteren Voraussetzung, daß sein Zustand Folge einer Krankheit im Sinne der RVO. ist, zugleich auch arbeitsunfähig; ist ein Versicherter hingegen noch nicht berufsunfähig, so fragt sich immer noch, ob er arbeitsunfähig ist; möglich ist es, weil ja die Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eher vorliegen als die der Berufsunfähigkeit, es ist aber auch möglich, daß nicht einmal Arbeitsunfähigkeit besteht. Sie liegt nur dann vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit überhaupt nicht mehr oder doch nur unter der Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes die bisherige Erwerbstätigkeit fortsetzen kann. Daraus ergibt sich zunächst, daß nicht, was die Versicherten vielfach irrtümlich annehmen, die durch das Heilverfahren bedingte tatsächliche Unmöglichkeit, der Erwerbstätigkeit nachzugehen, Arbeitsunfähigkeit bedeutet, sondern darunter ist nur zu verstehen ein an sich das Weiterarbeiten verbietender Folgezustand eines Leidens, und zwar nicht jedes Leidens, sondern nur einer Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung, also eines anormalen, ärztliche Behandlung oder Arznei erfordernden Zustandes. Folglich ist die Entscheidung der Frage der Arbeitsunfähigkeit zunächst abhängig davon, ob das Heilverfahren auch bestimmt gewesen ist, einer infolge Krankheit drohenden Berufsunfähigkeit vorzubeugen, denn die Berufsunfähigkeit ist begrifflich nicht auf

Folgezustände von Krankheiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung beschränkt, sondern kann auch die Folge von Zuständen sein, die an sich ärztliche Behandlung oder Arznei nicht erfordern. Dazu gehören z. B. Zustände von Blutarmut geringeren Grades, Schwäche und Unterernährung, Fälle, die gerade in jetziger Zeit mit ihrer Lebensmittelknappheit außerordentlich häufig sind; auch die auf den Ernst der Zeit und Ueberanstrengung infolge Mangels an Arbeitskräften zurückzuführende „nervöse Abspannung" dürfte hierher gehören. Gerade in Fällen dieser Art pflegt die Reichsversicherungsanstalt gern vorbeugende Heilverfahren zu gewähren, denn in diesem Zustand befindliche Versicherte, meistens sind es Frauen und Mädchen, bedürfen, wenn sie nicht immer weiter herunterkommen sollen, einer nicht zu kurz bemessenen Ausspannung und Stärkung; sie sind aber nicht eigentlich krank, sondern nur erholungsbedürftig; sie brauchen nicht sowohl ärztliche Behandlung, als vielmehr Ruhe und nicht Arznei, sondern Aufenthalt in reiner Luft, stärkende Bäder und vor allen Dingen kräftigende Kost. Dann aber sind sie, mag ihr Zustand hinsichtlich der Leistungsfähigkeit auch an sich nicht höher als der der Arbeitsunfähigkeit zu bewerten sein, doch nicht krankengeldberechtigt, denn sie sind eben nicht krank, sondern lediglich erholungs- und stärkungsbedürftig, und nur wenn ihr Zustand Folge einer Krankheit im Sinne des Gesetzes wäre, bestände Arbeitsunfähigkeit und damit gegenüber der Krankenkasse der Anspruch auf Krankengeld.

Folglich ist bei der Beantwortung der Frage der Arbeitsunfähigkeit zunächst zu prüfen, ob es sich überhaupt um einen krankhaften Zustand im Sinne der Reichsversicherungsordnung und nicht vielmehr nur um einen anderen Erholung heischenden Zustand handelt.

Liegt aber ein wirklich krankhafter Zustand vor, so bleibt die Frage der Arbeitsunfähigkeit trotzdem zweifelhaft, da ja nicht jede Krankheit Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Sie besteht vielmehr nur, wenn die Krankheit die Fortsetzung der bisherigen Erwerbstätigkeit verbietet. Es lag in der Natur der Sache, daß die Rechtsprechung den im Gesetz nicht festgelegten Begriff der Arbeitsunfähigkeit erweiternd auslegte und demgemäß diesen Zustand nicht nur dann annimmt, wenn der Kranke z. B. wegen Bettlägerigkeit oder schwerer Hinfälligkeit schlechthin unfähig zum Weiterarbeiten ist, sondern schon dann, wenn er zwar an sich zum Weiterarbeiten fähig ist, dadurch aber seinen Zustand gefährden würde; mit anderen Worten wird Arbeitsunfähigkeit schon dann angenommen, wenn der Versicherte nur unter der Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, die bisherige Erwerbstätigkeit fortzusetzen fähig ist. Diese Auslegung des Begriffes ist selbstredend durchaus zu billigen, denn man kann dem Versicherten nicht zumuten, auf Kosten seiner Gesundheit zu arbeiten, sie hat aber den großen Nachteil, recht wenig bestimmt zu sein. Ein ärztlicher Gutachter meinte kürzlich, in Befolgung dieser Auslegung z. B. einem Versicherten, der einen Schnupfen hat, für arbeitsunfähig erklären zu können, da auch in solchen leichten Fällen die Verschlimmerungsgefahr schließlich immer bestände; natürlich war das nur ein besonders krasses Beispiel, aber sicher ist, daß die Grenzen des Begriffs durchaus unbestimmt, ja überhaupt nicht fest bestimmbar sind. Folglich ist eine besonders eingehende Prüfung des Einzelfalles unerläßlich, für die gewisse Richtlinien maßgebend sein müssen.

Zunächst fragt es sich, welcher Art die drohende Verschlimmerungsgefahr sein muß. Es genügt nicht die Besorgnis jeder noch so leichten Verschlimmerung, denn sie besteht schließlich in jedem Falle; vielmehr muß zu befürchten sein, daß der Versicherte im Falle des Weiterarbeitens schlechthin arbeitsunfähig werden, daß ihm also schließlich infolge seiner Krankheit das Weiterarbeiten tatsächlich unmöglich werden wird; damit ist wenigstens ein einigermaßen sicherer Anhaltspunkt für die Schwere der Verschlimmerung, die drohen muß, gegeben.

Ferner ist zu fordern, daß die Verschlimmerungsgefahr auch unmittelbar in der Fort-

setzung der bisherigen Erwerbstätigkeit begründet ist; das wird, wenn diese Gefahr schlechthin, also nicht nur für den Fall des Weiterarbeitens besteht, immer anzunehmen sein, zumal in solchen Fällen ein Weiterarbeiten diese Gefahr wohl noch vergrößern würde; besteht die Gefahr aber nur für den Fall der Fortsetzung der bisherigen Erwerbstätigkeit, so kommt es sehr auf deren Art, insbesondere darauf an, ob sie schwer und, sei es an sich oder doch für den gerade in Frage kommenden Versicherten, gesundheitsschädlich ist; es dürfte z. B. einen großen Unterschied bedeuten, ob eine Lungenleidende, deren Zustand, aber nicht gerade sonderlich schwer, doch durchaus chronisch ist, eine Tätigkeit hat, die sie in feuchtem Arbeitsraum, vielleicht in gebückter Haltung, verrichten muß, oder ob sie als Verkäuferin in einem großen Geschäftshause mit gut gelüfteten Arbeitsräumen tätig ist. Es sind also die besonderen örtlichen, zeitlichen und sonstigen Verhältnisse der bisherigen Erwerbstätigkeit des Versicherten hinsichtlich ihres Einflusses auf seinen Gesundheitszustand zu berücksichtigen.

Dann ist zu fordern, daß die im Falle des Weiterarbeitens drohende Verschlimmerung in absehbarer Zeit — übrigens auch ein recht dehnbarer Begriff — zu besorgen ist; es genügt also nicht, die Gefahr, daß irgendwann einmal gänzliche Arbeitsunfähigkeit eintreten werde, sondern diese Gefahr muß, und zwar mit einer gewissen Sicherheit, in nicht zu ferner Zeit drohen.

Um es noch einmal zusammenzufassen, ist also *Arbeitsunfähigkeit wegen Verschlimmerungsgefahr nur dann anzunehmen, wenn Verschlimmerung bis zur gänzlichen Arbeitsunfähigkeit droht, und zwar unmittelbar durch die Art der Erwerbstätigkeit und in naher Zeit.* Bei Beobachtung dieser Gesichtspunkte, deren jeder ja immer noch einen gewissen Spielraum gewährt, läßt sich eine billige Auslegung des so sehr dehnbaren Begriffs Arbeitsunfähigkeit erreichen.

Gerade die Fälle des vorbeugenden Heilverfahrens erweisen, daß eine zu weit gehende Auslegung des Begriffes, die vielleicht hier gerade für den Kurarzt nahe liegen mag, eine schwere Schädigung der Krankenkassen in sich birgt, an deren Leistungsfähigkeit in jetziger Kriegszeit ohnehin große Anforderungen gestellt werden; handelt es sich doch, da die Reichsversicherungsanstalt aus übrigens nur zu billigenden Gründen durchweg Heilverfahren von beträchtlicher Dauer gewährt, auch um Krankengeldsforderungen für beträchtliche Zeiträume, und die Belastung der Kassen wird um so größer, als die Versicherten durchweg den höheren Lohnklassen angehören und demgemäß höheres Krankengeld zu beanspruchen haben.

Selbstredend verlangt nicht nur das Interesse der Krankenkassen Berücksichtigung, sondern genau so gut das Interesse der Versicherten, und keineswegs könnte man ihnen entgegenhalten, daß sie, nun ihnen doch schon das Heilverfahren werde, nicht auch noch zugleich andere Leistungen beanspruchen könnten, weil sie solche wohl nie gefordert haben würden, wenn es das Heilverfahren überhaupt nicht gäbe oder es ihnen im Einzelfalle versagt worden wäre; es gibt nun eben einmal dieses Heilverfahren, das wiederum oft den Anlaß zur Feststellung der sonst vielleicht unerkannt gebliebenen Arbeitsunfähigkeit bieten wird. Wohl aber betonen die Krankenkassen mit vollem Recht, daß die Tatsache der Gewährung eines vorbeugenden Heilverfahrens nicht immer den Nachweis dafür erbringt, daß während seiner Dauer Arbeitsunfähigkeit bestanden hat; hier pflegen die Versicherten so oft zu übersehen, daß das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit eine Frage für sich ist, und daß dieser Zustand unmöglich immer gerade in der Zeit bestanden haben kann, für die das Heilverfahren gewährt wird: es könnte ja ebenso gut etwas früher oder später gewährt werden und wird auch vielfach in eine Zeit verlegt, die sich der Versicherte aussucht; er kann sich damit aber nicht zugleich die Zeit, für die er Krankengeld fordern will, aussuchen, und sie hängt ebensowenig von der Bestimmung der Reichsver-

sicherungsanstalt darüber, wann das Heilverfahren stattfinden soll, ab; der Krankengeldanspruch richtet sich vielmehr einzig und allein danach, ob und wann Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, und diese Frage wiederum entscheidet sich ohne jede Rücksicht auf das Heilverfahren lediglich nach dem Krankheitszustande. Bei ihrer Beantwortung wird übrigens der oft beobachtete Umstand Berücksichtigung finden müssen, daß der Versicherte bis zum Kurbeginn nicht in kassenärztlicher Behandlung gestanden hat oder doch nicht für arbeitsunfähig befunden worden ist, daß er vielmehr der gewohnten Erwerbstätigkeit nachgegangen ist und sie nur wegen der Kur aufgegeben hat; das schließt freilich die Annahme von Arbeitsunfähigkeit nicht unbedingt aus, denn sie kann ja trotz Weiterarbeiten bestehen, bietet aber doch zur Entscheidung der so zweifelhaften Frage der Arbeitsunfähigkeit eine wertvolle Handhabe; erfahrungsgemäß sind die Fälle häufig, in denen mit größter Berechtigung behauptet werden kann, daß ein Versicherter, der ein vorbeugendes Heilverfahren durchgemacht hat und vom Kurarzt für arbeitsfähig erklärt worden ist, ruhig und ohne Schaden für seine Gesundheit weiter gearbeitet und an Krankengeldforderungen nie gedacht haben würde, wenn ihm nicht das Heilverfahren gewährt worden wäre.

Es läßt sich also nicht verkennen, daß in den Fällen eines solchen vorbeugenden Heilverfahrens die Frage der Arbeitsunfähigkeit besonders sorgfältig geprüft werden muß; die Annahme dieses Zustandes liegt zwar nahe, ist aber durchaus nicht immer gerechtfertigt, wenn man den so wenig bestimmten Begriff in einer nicht die Interessen der Versicherten allein, sondern die der Krankenkassen ebenso berücksichtigenden Weise auslegt.

Das Gleiche gilt natürlich für die Fälle, in denen die Landesversicherungsanstalten Heilverfahren zur Abwendung einer infolge Erkrankung drohenden Invalidität gewähren. Dann aber wird ein Streit über das Bestehen von Arbeitsunfähigkeit in der Kurzeit zwischen der Anstalt und der Krankenkasse, von der sie Ersatz in Höhe des Krankengeldes fordert, also zwischen zwei Versicherungsträgern, ausgetragen, während in den Fällen des von der Reichsversicherungsanstalt gewährten Heilverfahrens der Streit über das Krankengeld zwischen dem Versicherten und der Kasse besteht; es ist unerfreulich, wenn dann der Versicherte sich auf die Bescheinigungen und Gutachten des Kurarztes, wonach er arbeitsunfähig gewesen ist, vergeblich beruft, weil diese Bescheinigungen und Gutachten einen überzeugenden Nachweis der Arbeitsunfähigkeit zu erbringen nicht geeignet sind, zumal wenn die Kasse, wie sie es in Hamburg zum Schutz gegen unbegründete Klagforderungen zu tun pflegen, den Versicherten vor Kurbeginn hat vertrauensärztlich untersuchen lassen und nun ein Gutachten des Vertrauensarztes beibringen kann, wonach bei Kurbeginn Arbeitsunfähigkeit auch nicht einmal wegen Verschlimmerunggsgefahr im Falle des Weiterarbeitens zu besorgen war.

Schon damit diese unerquicklichen Begleiterscheinungen sonst segensreicher Einrichtungen vermieden werden, ist es wünschenswert, daß die Kurärzte den Begriff der Arbeitsunfähigkeit nicht, wie sie es tatsächlich vielfach zu tun pflegen, zu weit auslegen und dadurch bei den Versicherten Hoffnungen auf große Krankengeldzahlungen erwecken, die sich nachher als unbegründet herausstellen, weil das Bestehen von Arbeitsunfähigkeit in der Kurzeit doch nicht anzunehmen ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des Reichskanzlers betreffend Verjährung rückständiger Beiträge nach § 29 der Reichsversicherungsordnung.

Vom 2. Dezember 1916 (RGBl. S. 1341).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (R.G.Bl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

Die im § 29 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung für die Verjährung des Anspruchs auf Rückstände bestimmte Frist läuft, soweit sie nicht durch § 4 der Bekanntmachung über die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vom 23. Dezember 1915 (R.G.Bl. S. 845) bereits verlängert ist, nicht vor dem Schlusse des Kalenderjahres ab, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist. Dies gilt nicht für solche Ansprüche auf Rückstände, welche am Tage des Inkrafttretens dieser Verordnung bereits verjährt sind.

Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Die Bekanntmachung ist durch Ausgabe der Nr. 277 des RGBl. zu Berlin am 8. Dezember 1916 in Kraft getreten.

Ueberlassung von Akten der Landesversicherungsanstalt zur Einsicht der Krankenkasse.

Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 13. November 1916. (II 6509— II K 466/16.)

Der Auffassung der Landesversicherungsanstalt, daß sie nicht verpflichtet sei, der Ortskrankenkasse die Ersatzansprüchen gemäß § 1518 Abs. 2 RVO. zugrunde liegenden Akten im Wege der Rechtshilfe zugänglich zu machen, da es sich nicht um den „Vollzug des Gesetzes" im Sinne der §§ 115, 116 a. a. O. handele, kann nicht beigetreten werden. Zunächst ist zweifelhaft, ob unter „Vollzug des Gesetzes" im Sinne der angegebenen Vorschrift nur diejenigen Aufgaben zu verstehen sind, die der Krankenkasse durch das 2. Buch der Reichsversicherungsordnung überwiesen sind. Es kann dies aber dahingestellt bleiben, da die Versicherungsträger auch über den Rahmen der Rechtshilfe im engeren Sinne hinaus grundsätzlich für verpflichtet zu erachten sind, sich gegenseitig bei Erledigung der dienstlichen Geschäfte nach Möglichkeit Beistand zu leisten (zu vgl. Hanow Anm. 3 zu § 116 RVO.). Dies hat das Reichsversicherungsamt für den Verkehr zwischen den seiner unmittelbaren Aufsicht unterstellten Versicherungsträgern stets anerkannt (zu vergl. Bescheide 1610 und 2261, Amtl. Nachr. 1897 S. 329 und 1908 S. 550, ferner Bescheid vom 11. Mai 1914 — I 2769/14 —, Entsch. und Mitt. des RVA. 4 S. 423). Dieser Grundsatz muß aber auch für den Verkehr der Landesversicherungsanstalten mit den Krankenkassen gelten, wobei der Umstand, daß letztere keine Behörden sind, unerheblich ist. Allerdings würde die Landesversicherungsanstalt, wie sie mit Recht hervorhebt, auch ein Rechtshilfersuchen im engeren Sinne ablehnen können, wenn es zwecklos ist. Das trifft aber vorliegend nicht zu. Der Vorstand der Krankenkasse war vielmehr sowohl berechtigt, wie verpflichtet, bevor er zu einer Ersatzforderung der Landesversicherungsanstalt Stellung nahm, ihre Begründung zu prüfen. Hierzu bedurfte er der Kenntnis des Akteninhalts, insbesondere der ärztlichen Gutachten. Allerdings hat sich die Landesversicherungsanstalt erboten, der Allgemeinen Ortskrankenkasse auf deren Kosten Abschriften der in Betracht kommenden Aktenteile anfertigen zu lassen. Hierdurch würde jedoch abgesehen von der der Kasse entstehenden Kostenlast das Schreibwerk unnötig vermehrt. Die gleichfalls gestattete Akteneinsichtnahme im Büro der Landesversicherungsanstalt genügt nur dann, wenn der damit beauftragte Beamte seinerseits die erforderlichen Abschriften für die Aerztekommission und den Vorstand anfertigt, wodurch wiederum das Schreibwerk und die Arbeitslast der Angestellten der Krankenkasse ohne Not vergrößert würden.

In dem Umstande endlich, daß der Vorstand der Ortskrankenkasse die Akten der Landesversicherungsanstalt seiner aus drei besonders vertrauenswürdigen Aerzten bestehenden Kontrollkommission in deren Wohnung zugänglich macht, kann eine ungebührliche Benutzung der Akten nicht gefunden werden. Es darf von den Mitgliedern der genannten Kommission erwartet werden, daß sie die Akten ordnungsmäßig verwahren und vor der Einsichtnahme durch Unbefugte schützen werden. Die Landesversicherungsanstalt führte auch keinen Fall an, in dem dies nicht geschehen ist, hat vielmehr lediglich Besorgnisse wegen etwaiger Mißbräuche geäußert. Davon, daß der Vorstand durch Ueberlassung der Akten an die Ortskrankenkasse gegen § 141 RVO. verstoßen könnte, wie in dem Bericht vom 5. August 1916 als möglich hingestellt wird, kann bei Lage der Sache keine Rede sein.

B. Zur Krankenversicherung.

Kriegswochenhilfe für minderbemittelte Wöchnerinnen.

Erlaß des **preuß. Ministers des Innern** vom 30. Oktober 1916 (HMBl. S. 390).

Die verschiedenartige Auslegung, welche die Vorschriften des § 2 Abs. 2 der Bekanntmachung, betreffend die Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges, vom 23. April d. J. (Reichsgesetzbl. S. 257) gefunden haben, gibt mir zu folgenden Ausführungen Veranlassung:

Der § 2 Abs. 2 a. a. O. hat in Ziffer 1 alle Fälle im Auge, in denen das Einkommen des Kriegsteilnehmers vor seiner Einziehung nicht mehr als 2500 ℳ betrug. Ist diese Voraussetzung gegeben, so soll im allgemeinen die Wochenhilfe ohne Rücksicht darauf gewährt werden, ob infolge der Einziehung des Ehemannes zum Kriegsdienst das der Familie verbleibende Einkommen eine Minderung erfahren hat oder nicht. Der Vorbehalt im Eingange des Abs. 2 hat, wie die Begründung der betreffenden Bundesratsvorlage ergibt, namentlich die Fälle des fundierten Einkommens im Auge, bei dem also das Einkommen ganz oder doch zu einem wesentlichen Teile aus Kapitalbesitz oder dergl. stammt. Sind bei einem Einkommen von 2500 ℳ z. B. 2000 ℳ Kapitalzinsen, so ist ein so erhebliches Kapital vorhanden, daß davon ohne Bedenken auch einmal ein kleiner Teil abgehoben werden kann, ehe öffentliche Hilfe in Anspruch genommen wird. Daneben erwähnt die Begründung den Fall, daß der Familie nach der Einziehung durch Erbschaft, Schenkung oder dergl. nennenswerte Beträge zufallen.

Die Ziffer 2 des angeführten Absatzes bildet nur eine Ergänzung der Ziffer 1, die auf Billigkeitsgründen beruht. Sie geht davon aus, daß beispielsweise bei einem Gehalte des Ehemannes von 5000 ℳ, das mit seinem Eintritt in den Kriegsdienst vollständig wegfällt, die Familie weit schlechter gestellt ist, als bei einem Einkommen von 2000 ℳ, das ihr trotz jenes Eintritts ganz oder doch größtenteils verbleibt. Sie hat also vornehmlich die Fälle eines vor dem Kriege mehr als 2500 ℳ betragenden Einkommens im Auge, das während des Krieges stark herabgesetzt wird. Infolge des Nebeneinanderbestehens der beiden verschiedenen Voraussetzungen nach Ziffer 1 und 2 können zwar Fälle vorkommen, in denen eine Wöchnerin mit höherem Einkommen die Wochenhilfe bezieht, während diese einer Wöchnerin mit niedrigerem Einkommen versagt werden muß, derartige Ungleichheiten werden sich aber bei einer Abgrenzung nach Durchschnittsverhältnissen für einzelne besondere Fälle nie ganz vermeiden lassen. Vor allem aber darf nicht außer acht gelassen werden, daß einer Familie mit mehr als 2500 ℳ Einkommen wohl zugemutet werden kann, für vorauszusehende Bedarfsfälle, wie Entbindungen und dergl., einen gewissen Notbetrag zurückzulegen, während dies bei einem Jahreseinkommen von weniger als 2500 ℳ weit weniger zu erwarten ist.

Ablehnung der Aufnahme in die knappschaftliche Krankenkasse wegen hohen Alters und Alterserscheinungen.

Entsch. des **Knappschafts-Oberversicherungsamts Dortmund** vom 13. Oktober 1916.

Der am 24. Januar 1856 geborene Bergmann Sch. ist auf seinen Antrag seit dem 1. August 1910 von der Krankenversicherungspflicht befreit worden. Am 31. Mai 1916 beantragte er beim Allgemeinen Knappschaftsverein seine Wiederaufnahme in die Krankenkasse, da er regelmäßig arbeite und im letzten Jahre durchschnittlich 110 ℳ monatlich verdient habe. Die Verwaltung des Allgemeinen Knappschafts-Verein lehnte den Antrag ab, weil Kläger nach dem Anlegeatteste des Knappschaftsarztes Dr. M. **wegen seines hohen Alters und Alterserscheinungen** nur nach Befreiung von der Krankenversicherungspflicht auf einem Vereinswerk beschäftigt werden könnte und nach dem Gutachten des stellvertretenden Oberarztes Dr. L. seine Aufnahme in die Krankenkasse wegen erhöhter Erkrankungsgefahr infolge Bindehautkatarrhs und Lungenemphysems nicht erfolgen könne. Diesen Bescheid hat der Geschäftsausschuß bestätigt.

Hiergegen hat Sch. Berufung eingelegt und Aufnahme in die Krankenkasse beantragt. Er führt an, daß er über 10 Jahre in der Brikettfabrik der Zeche W. arbeite und zwar seit 5 Jahren als Pecheinschöpfer. Dies sei eine recht schwere und schmutzige Arbeit, die eine volle Arbeitskraft erfordere. Trotz Erblindung seines rechten Auges habe er die Arbeit regelmäßig mit nur geringen Unterbrechungen verrichten können. Im Jahre 1915 habe er im Zechenbetriebe einen Beinbruch erlitten und beziehe wegen der Unfallfolgen noch eine Rente für 10% Erwerbsverminderung in Höhe von 7 ℳ monatlich. Er verdiene seit Jahren monatlich 100 ℳ. Das beweise, daß er Entsprechendes leisten könne.

In der Gegenschrift des beklagten Knappschaftsvereins ist der vorstehende Sachverhalt wiedergegeben und Abweisung der Berufung beantragt.

Diesem Antrage hat das Knappschafts-Oberversicherungsamt entsprochen aus folgenden Gründen:

Nach § 3 Abs. 2 der Satzung des Allgemeinen Knappschaftsvereins vom 1. Januar 1914 sind nur solche Personen aufnahmefähig in die Krankenkasse, die gesund und arbeitsfähig sind, das heißt deren Gesundheitszustand ein derartiger ist, daß eine baldige Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 15 Abs. 2 der Satzung nicht zu erwarten ist. Diese Voraussetzung ist bei dem Kläger nicht erfüllt.

Er ist seit dem 1. August 1910 von der Krankenversicherungspflicht befreit. Von seinem zuständigen Revierarzt Dr. M. ist er schon bei Aus-

stellung des Anlegeattestes am 13. Juli 1916 wegen seines hohen Alters, Schlagaderverkalkung und Alterserscheinungen nicht für aufnahmefähig in die Krankenkasse erklärt worden. Auf die Anfrage des Knappschafts-Vorstandes haben sich die Aerzte Dr. L. und Dr. P. dahin geäußert, daß bei dem Kläger wegen starken Bindehautkatarrhs und Lungenemphysems erhöhte Erkrankungsgefahr vorliege. Sie sind der Auffassung, daß die Voraussetzungen des § 3 der Satzung nicht gegeben sind.

Das Gericht ist den einwandfreien Gutachten beigetreten, nach dem festgestellten Befunde kann die Voraussetzung des § 3 der Satzung als vorliegend nicht erachtet werden. Die Aufnahme in die Krankenkasse ist deshalb mit Recht abgelehnt worden. Den Behauptungen des Klägers und dem Umstande, daß er schon seit 10 Jahren ununterbrochen in der Brikettfabrik der Zeche W. arbeitet, ist gegenüber den einwandsfreien ärztlichen Gutachten eine ausschlaggebende Bedeutung nicht beizulegen, da für die Aufnahme in die Krankenkasse nicht die Arbeitsleistung, sondern der körperliche Zustand maßgebend ist.

Anmerkung: Die Entscheidung ist bedenklich und bedauerlich. Die ständigen Arbeiter, die im Betriebe eines Knappschaftsvereinwerks beschäftigt werden, sind nach § 9 des preuß. Knappschaftsges. Mitglieder der knappschaftlichen Krankenkasse, sofern sie nicht nach § 10 (vgl. § 173 RVO.) auf ihren Antrag vom Beitrittszwange befreit werden. Befreit wird aber nur, „wer auf die Dauer nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig ist". Deshalb darf die Bestimmung der Satzung, daß nur aufgenommen werden kann, wer gesund und arbeitsfähig **ist**, nicht mit dem Oberversicherungsamt dahin verstanden werden, daß schon der von der Aufnahme ausgeschlossen sei, dessen Gesundheitszustand eine baldige Arbeitsunfähigkeit **erwarten läßt**. Der Kläger hat sich durch zehnjährige ununterbrochene Arbeit, trotz körperlicher Mängel, als arbeitsfähig bewährt. Die Voraussetzung der Befreiung ist danach weggefallen. Der Kläger durfte den Antrag auf Befreiung jederzeit zurücknehmen und er hat es getan, indem er seine Aufnahme in die Krankenkasse beantragte. Dadurch wurde er kraft Gesetzes Mitglied der Kasse. Ihn durch Versagung der Aufnahme zur Aufrechterhaltung der Befreiung zu zwingen, obwohl deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, ist ungesetzlich und — zumal gegenüber einem in der Werksarbeit bewährten 60jährigen Manne — ein „Verfahren, das große Härten hervorrufen muß und scharf zu mißbilligen ist". Zu vgl. Erlaß des preuß. Handelsministers in Arb.Vers. 1916 S. 81.

Muß sich der Versicherte dem Arzt als Kassenmitglied zu erkennen geben, um die Arztkosten auf die Mindestsätze zu beschränken?

Entsch. des **Versicherungsamts der Stadt Dortmund** vom 9. November 1916.

Der Spruchausschuß hatte keine Veranlassung, von der in der Vorentscheidung vertretenen Auffassung abzuweichen, weil bei Inanspruchnahme von Nichtkassenärzten in dringenden Fällen es in erster Linie nicht darauf ankommt, das Kasseninteresse zu wahren, sondern schnelle ärztliche Hilfe zu erhalten. Es muß dabei davon ausgegangen werden, daß jeder Arzt, soweit er nicht Kassenarzt und vertragsmäßig zur Behandlung von Kassenmitgliedern verpflichtet ist, grundsätzlich berechtigt ist, die Behandlung von Erkrankten abzulehnen und demzufolge auch nicht verpflichtet werden kann, Kassenmitglieder oder Unbemittelte zu den Sätzen der Preußischen Gebührenordnung zu behandeln. Diese Verpflichtung tritt erst dann ein, wenn er nach Unterrichtung sich bereit erklärt, die Behandlung zu übernehmen. Diese Verpflichtung setzt aber nicht voraus, daß jeder Erkrankte, der Kassenmitglied ist, auch seinerseits verpflichtet ist, sich als Kassenmitglied zu erkennen zu geben, in der Erwartung, daß der Arzt sich vielleicht bereit erklären könnte, die Behandlung zu den Sätzen der Preußischen Gebührenordnung zu übernehmen. Weder das Gesetz noch die Satzung bietet eine Handhabe, die Verpflichtung anzunehmen und auch die in der Krankenordnung vorhandene Vorschrift, daß bei Inanspruchnahme von Nichtkassenärzten nur eine Vergütung in Höhe der in der Preußischen Gebührenordnung angegebenen Sätze erfolgt, kann als eine solche Verpflichtung nicht aufgefaßt werden. Die entsprechende Vorschrift in der Krankenordnung ist vielmehr als unverbindlich anzusehen, weil sie durch keine entsprechende gesetzliche Vorschrift gedeckt wird.

Da nach Vorstehendem eine Verpflichtung der erkrankten Kassenmitglieder nicht besteht, sich in dringenden Fällen bei einem Nichtkassenarzt als solche zu erkennen zu geben, war der Anspruch des Klägers auf Erstattung des verauslagten Arzthonorars in voller Höhe berechtigt.

Anmerkung: Wir halten die Entscheidung für unrichtig. Die Kasse braucht nur die notwendigen Kosten der ärztlichen Behandlung zu bezahlen. Hieraus allein schon folgt, daß der Versicherte, der den Arzt in Anspruch nimmt, sich ihm gegenüber auch in dringlichen Fällen mindestens als Mitglied der Krankenkasse zu erkennen geben und, wenn es nicht alsbald geschehen konnte, den Nachweis nachbringen muß, um die Arztgebühren auf die Mindestsätze zu beschränken (Arb.Vers. 1914 S. 96 Ziff. 12). Daß der Arzt die Behandlung zu diesen Sätzen ablehnen **kann**, ist richtig, aber unerheblich. Erst wenn er von dieser Befugnis tatsächlich Gebrauch gemacht hat und der Versicherte dadurch genötigt war, höhere Sätze zu zahlen, muß die Kasse diese höheren Sätze als notwendige Aufwendungen anerkennen und dem Versicherten erstatten.

C. Zur Unfallversicherung.

Abernten von Obst an öffentlichen Wegen ist (nach bad. R.) Wegunterhaltung, nicht landwirtschaftliche Tätigkeit.

Rek.Entsch. des **badischen Landesversicherungsamts** vom 3. Februar 1916.

G., der mit 2 Ar Obst- und Gemüsegarten bei der landw. BG. in deren Kataster aufgenommen ist, verunglückte beim Abbrechen von Aepfeln auf einem Kreiswege.

Nach dem die Landstraßen, Kreisstraßen und Gemeindewege umfassenden badischen Straßengesetz vom 14. Juni 1884 in neuester Fassung ist unter den allgemeinen Bestimmungen bezüglich des Umfangs der Wegebaupflicht in § 25 Abs. 1, soweit hierher bezüglich, festgesetzt, daß die Verpflichtung zur Unterhaltung eines öffentlichen Wegs sich auf sämtliche Zubehörden und Vorrichtungen erstrecke, welche zum Schutze und zur Erhaltung des Straßenkörpers, zur Sicherheit, Ordnung und Bequemlichkeit des nach der Art des Weges zu vermittelnden Verkehrs erforderlich sind. Wie sodann der § 27 St.G. weiter bestimmt, kann, wenn im Interesse einer geordneten Wegunterhaltung oder zur Sicherheit des Verkehrs die Bepflanzung von Kreisstraßen oder Gemeindewegen mit Bäumen erforderlich erscheint, durch die Verwaltungsbehörde (Bezirksrat) nach eingehendem Benehmen mit der Gemeinde den unterhaltspflichtigen Kreisen oder Gemeinden die Pflicht auferlegt werden, innerhalb angemessener Frist geeignete Baumpflanzungen anzulegen. Im § 28 St.G. ist sodann die Vorschrift enthalten, daß die neben dem allgemeinen Gebrauche zulässigen besonderen Nutzungen eines öffentlichen Wegs und seiner Zubehörden, insbesondere der Obst- und Graserwachs, dem Unterhaltspflichtigen zustehen, soweit nicht kraft besonderer privatrechtlicher Titel anderweite Ansprüche begründet sind. Aus diesen Vorschriften ergibt sich, daß die hier in Frage kommenden Obstbäume als Zubehörde des Kreisweges Nr. 1 der Gemarkung B. zu gelten haben. Da aber nach § 25 die vorliegend dem Kreis B. zukommende Weg- bezw. Straßenunterhaltungspflicht sich auf sämtliche Zubehörden erstreckt, so bildet auch die Hegung und Pflegung oder wie § 9 des eingangs erwähnten Statuts sagt, die Zucht der hier fraglichen Obstbäume wenigstens mittelbar einen Teil der Wegunterhaltung. Diese Pflege der Obstbäume bezieht sich natürlich auf alles, was notwendig ist, um diese Bäume in einem geordneten Stand zu erhalten und bezw. sie wieder in einen geordneten Stand zu setzen. Dazu gehört auch das Abnehmen, Abernten der am Baume gewachsenen Früchte, hier die Aepfel, bei deren Herunternahme G. verunglückte. Es ist zwar nicht zu verkennen, daß das Abernten von Früchten an sich der Regel nach eine landwirtschaftliche Tätigkeit bilden wird, besonders wenn sie in Beziehung steht zu einem sonstigen landwirtschaftlichen Betrieb. Im vorliegenden Falle kann dies aber um deswillen nicht angenommen werden, weil hier die Wegunterhaltungspflicht sich auf die Zubehörden, also auf die Bäume und bezw. Baumpflege und Baumunterhaltung mitbezieht und die letztere nur in ihrer Gesamtheit hier in Betracht kommen, also nicht eine einzelne Tätigkeit herausgenommen werden kann, um für sich besonders gewürdigt zu werden.

Es war vorliegend um so weniger Veranlassung, das hier fragliche Obstbrechen unter dem Gesichtspunkte einer besonderen landwirtschaftlichen Tätigkeit zu betrachten, als das betreffende Obst zur Deckung des Haushaltungsbedarfs an Obst bei G. Verwendung finden sollte bezw. fand und es fraglich erscheint, ob die Bewirtschaftung des nur 2 Ar messenden kleinen Hausgartens im Hinblick auf § 917 Abs. 2 RVO. als ein landwirtschaftlicher Betrieb gelten kann. Trifft letzteres nicht zu, so stand G. überhaupt außerhalb jeglichen landwirtschaftlichen Betriebes.

(Breithaupt.)

Unfall beim Schlafen an einer gefährdeten Stelle kein Betriebsunfall.

Rek.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (3. Sen.) vom 24. Oktober 1916.

Mit dem Oberversicherungsamt hält auch das Reichsversicherungsamt für erwiesen, daß der verstorbene Kr. sich nach der Eßpause um 12 Uhr Nachts in dem Keller unter dem Schachtofen zum Schlafen niedergelegt hatte, als er durch das aus der im Keller stehenden Kokille überfließende flüssige Eisen erfaßt wurde und verbrannte. Kr. war als Platzarbeiter beschäftigt. Er hatte daher in dem Betriebsteile am Schachtofen, insbesondere im Keller unter dem Schachtofen nichts zu tun. Der Aufenthalt im Keller unter dem Schachtofen war den Arbeitern des gesamten Betriebes wegen der damit verbundenen Gefahr sogar verboten, wenn schon der Zutritt zu ihm durch eine tatsächliche Absperrung nicht unmöglich gemacht war.

Ein Betriebsunfall ist nach der herrschenden Rechtsprechung gegeben, wenn der Verletzte der Gefahr, der er erlegen ist, durch seine Betriebsbeschäftigung als solche ausgesetzt war. Damit scheiden für die Zahlung der Berufsgenossenschaft Unfälle von Versicherten aus, wenn diese durch ihr Verhalten die Beziehungen zum Betriebe gelöst hatten. Es

bedarf also zur Annahme eines Betriebsunfalls des ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Betrieb und dem schädigenden Ereignis. Es ist daher auch im vorliegenden Falle zu prüfen, ob der ursächliche Zusammenhang gegeben ist, ob insbesondere Kr. infolge der Beschäftigung im Betriebe der Gefahr, der er unterlegen ist, ausgesetzt gewesen ist. Diese Frage hat das Reichsversicherungsamt ebenso wie der Vorderrichter verneint. Für das Reichsversicherungsamt besteht kein Zweifel, daß Kr. die Gefährlichkeit der Benutzung des verbotenen Kellerraums unter dem Schachtofen zum Schlafen bekannt war. Wenn nun auch der gelegentliche Aufenthalt von Arbeitern in jenem Kellerraum zum vorübergehenden Schutze vor Regen Umständen entsprochen haben mag, wie sie durch den Betrieb, d. h. durch die den Arbeitern im Betriebe obliegende Tätigkeit geschaffen waren, so ist das Gleiche bei dem Verhalten des Kr. im vorliegenden Falle nicht anzunehmen. Dadurch daß er sich in dem gefährlichen Kellerraum unter dem Schachtofen zum Schlafen niederlegte, sich also der Gefahr des Erstickens oder Verbrennens aussetzte, unter jeglicher Nichtachtung der Möglichkeit des Eintritts der gefährlichen Folgen, hat er sich vielmehr eines Verhaltens schuldig gemacht, welches den Interessen des Betriebes zuwiderlief und nicht als ein den Gewohnheiten der im Betriebe beschäftigten Arbeitern entsprechendes erachtet werden kann. Mit Recht hat daher das Oberversicherungsamt angenommen, daß der Verstorbene durch solches willkürliches Verhalten die Beziehungen zum Betriebe gelöst hatte, und demgemäß das Vorliegen eines Betriebsunfalls verneint.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Invalidenversicherungspflicht eines Lehrlings, dem eine Vergütung in Geld nur statt Wohnung und Kost gewährt wird, verneint.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Leipzig** vom 16. November 1916.

Der § 5 des zwischen dem Schlossermeister St. und dem durch seinen Vater vertretenen Lehrling Gustav K. abgeschlossenen Lehrvertrages enthält im Abs. 3 die Bestimmung, daß der Lehrherr dem Lehrling im ersten Lehrjahre 1,50 ℳ, im zweiten 2,50 ℳ, im dritten 3 ℳ und im vierten 4,50 ℳ für jede Woche als „Vergütung" zu gewähren habe. Es war die Frage, ob diese Vergütung als „Entgelt" im Sinne von § 160 RVO. zu gelten habe, und damit eine Entlohnung des Lehrlings vorliegt, die dessen Invalidenversicherungspflicht gemäß § 1226 RVO. bedingt.

Nach der Erklärung der Gewerbekammer Leipzig vom 10. Oktober 1916 ist die in § 5 Abs. 3 des von den Sächsischen Gewerbekammern gemeinsam beratenen Lehrvertrags-Vordrucks vorgesehene „Vergütung" lediglich als Entschädigung für die vom Lehrherrn dem Lehrling nicht gewährte Kost und Wohnung gemeint. Hieraus ergibt sich also, daß diese „Vergütung" kein Lohn, sondern lediglich ein Ersatz der Kosten an den Vater des Lehrlings bedeutet, weil dieser während der Lehrzeit bei ihm, im Gegensatz zu früheren Zeiten, in Kost und Wohnung verbleibt. Wenn diese Beträge durch die Hand des betreffenden Lehrlings dem Vater aus der Kasse des Lehrherrn zugehen, so ändert dies an dem Charakter der Vergütung selbstverständlich nichts. Man kann also in vorliegendem Falle auch nicht von einer unwesentlichen Barvergütung für Dienstleistungen des Lehrlings sprechen, jedenfalls will nach der erwähnten Erklärung der Gewerbekammer der Lehrvertragsentwurf dieses in dem Worte „Vergütung" nicht gefunden wissen. Hiernach liegt ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis zwischen Lehrherrn und Lehrling während der Dauer des Lehrvertrages nicht vor, und es mußte deshalb die angefochtene Entscheidung aufgehoben und festgestellt werden, daß der Lehrherr St. nicht verpflichtet ist, für den Lehrling K. Beiträge zur Invalidenversicherung zu entrichten.

Sprechsaal.

Teuerungszulagen für Angestellte bei den Krankenkassen.

Das Reichsversicherungsamt hat in seiner grundsätzlichen Entscheidung Nr. 2235 (Amtl. Nachr. 1916, S. 591, Arb.Vers. 1916, S. 704) ausgesprochen: Gehaltszulagen durch außerordentliche Maßnahmen sind unzulässig. — Es erscheint recht fraglich, ob diese Entscheidung dem „Ziel und Zweck der sozialen Gesetzgebung" entspricht, die, wie in einer anderen Entscheidung (Amtl. Nachr. 1916, S. 421) ausgeführt ist, „erfordern, sich von beengender Formenstrenge frei zu machen". Wenn es in der Entsch. 2235 heißt, der Gesetzgeber habe mit Absicht die Befugnisse der Kassenorgane hinsichtlich der Angestellten-Verhältnisse beschränkt, so hat man wohl lediglich dabei an Dauerverhältnisse, für welche im wesentlichen die auch die

Besoldung feststellende Dienstordnung bestimmt ist, gedacht, nicht dagegen an ganz ausnahmsweise Zustände vorübergehender Art, welche schleuniger Maßnahmen bedürfen*); die Begründung des Entwurfs RVO. läßt jedenfalls eine solche Ausdehnung nicht erkennen, erwähnt vielmehr auch die in § 351 Abs. 2 RVO. behandelten „vorübergehenden Dienstleistungen", die besonders geregelt werden. Daraus ist zu entnehmen, daß das Gesetz überhaupt vorübergehende Zustände anders beurteilt wissen will, als die regelmäßigen, und mit Recht. Es kann auch nicht wünschenswert sein, die Dienstordnung wegen nur vorübergehender Verhältnisse jedesmal zu ändern. Müßte solche Aenderung aber wegen Bewilligung von zeitweisen Zulagen stattfinden, so hätte folgerichtig ebensolche dann einzutreten, wenn die Verhältnisse, die den Zusatz erforderlich machten, andere geworden sind. Teuerungszulagen könnten also nur im Wege einer Aenderung der Dienstordnung bewilligt und in gleicher Weise wieder aufgehoben werden, in beiden Fällen mit einzuholender Genehmigung des Oberversicherungsamtes. Während infolgedessen die Angestellten die Zulagen nicht sofort bei Eintritt des Bedürfnisses erhalten könnten, würden andererseits diese nach Wegfall des Bedürfnisses noch weiter zu zahlen sein, bis die Aenderung genehmigt wäre. Ein solcher unwirtschaftlicher Zustand kann unmöglich dem Sinn eines sozialen Gesetzes entsprechen.

Aber die Entscheidung ist ergangen und wird die Rechtsübung beherrschen. Daher entsteht die Frage: wie kann am besten den Kassen in solchen Fällen geholfen werden, ohne daß jedesmal Aenderungen vorzunehmen sind? Der allein gangbare Weg dürfte die Aufnahme eines die Besoldung betreffenden allgemeinen Zusatzes zur Dienstordnung sein, der es ermöglicht, unter bestimmten Voraussetzungen einmalige oder zeitweise Zulagen zu gewähren. Ist ein solcher Zusatz genehmigt, so ist der eingangs erwähnten Entscheidung der Boden entzogen. Die Dienstordnung müßte für jede Gehaltsklasse Höchstsätze der zulässigen Zulagen festsetzen und den Rahmen der Gründe für eine Bewilligung im allgemeinen feststellen.

Folgender Wortlaut als Zusatz erscheint angebracht:

„Im Fall allgemeiner Teuerung oder anderer die Lebensverhältnisse der Angestellten oder eines einzelnen beeinträchtigender vorübergehender Zustände können auf übereinstimmenden Beschluß des Vorstandes und Ausschusses einmalige oder zeitweise Zulagen gewährt werden, und zwar in Klasse 1 bis zu — ℳ monatlich usw.

Eine besondere Feststellung der Teuerung erübrigt sich, wenn und solange die staatlichen oder Kommunalbeamten des Bezirks, in welchem die Kasse ihren Sitz hat, Teuerungszulagen erhalten. Andernfalls sind die Gründe, welche den Zulagebeschluß bedingen, im Protokoll festzustellen. Eine Abschrift der Protokolle ist dem Versicherungsamt einzureichen."

Kassen aber, die ausnahmsweise noch keine Dienstordnung haben, bedürfen der Genehmigung zu Teuerungszulagen nicht; in einem solchen Fall hat das Oberversicherungsamt Liegnitz in Uebereinstimmung mit dem städtischen Versicherungsamt Görlitz das Erfordernis der Genehmigung verneint.

Geheimer Justizrat Ernst Baum in Görlitz, z. Z. stellvertretender Vorsitzender des Versicherungsamts.

*) Zu vgl. Kleeis in ArbVers. 1916 S. 67.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Eisenacher Versammlung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen

vom 18. und 19. September 1916 liegt uns jetzt ein Sonderdruck aus der Niederschrift über die Verhandlungen vor. Er enthält einen Vortrag des Direktors der Berliner Allgem. Ortskrankenkasse, Herrn Albert Kohn. Wir werden darauf aufmerksam gemacht, daß dieser Vortrag in unserem im Heft 29 vom 11. Oktober 1916 enthaltenen Berichte (S. 690 ff.) überhaupt nicht erwähnt und daß nur ein geringer Teil seiner Ausführungen und Forderungen mit denen des Herrn Gräf-Frankfurt a. M. vermengt wiedergegeben ist. Die von Herrn Kohn vertretenen Forderungen sind enthalten in folgender Entschließung:

„Die wirkungsvollste Bekämpfung der Volkskrankheiten ist die Krankheitsverhütung. Auf Grund des § 363 RVO. sind die Krankenkassen berechtigt, Mittel für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung zu verwenden. Dieses Recht müssen sie zur Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft in größerem Umfange als bisher ausüben.

Folgende praktische Maßnahmen sind notwendig: Periodische Untersuchungen der Kassenmitglieder auf ihren Gesundheitszustand; Schaffung einer einheitlichen Krankenstatistik; Schaffung diagnostischer Institute; Aufklärung (Veranstaltung von Wanderausstellungen und Vorträgen, unentgeltliche Verteilung von Schriften); Pflege in Heil- und Erholungsstätten. (Errichtung solcher Anstalten durch Kassenverbände); Bäderfürsorge (Abschluß von Verträgen mit Badeverwaltungen, Einrichtung von Unterkunftshäusern an der Nord- und Ostsee sowie im Gebirge, Errichtung von Wasser-, Licht- und Luftbädern durch Kassenverbände); Wohnungsfürsorge (Wohnungsuntersuchungen, Ausleihung von Kapital an Baugenossenschaften); Zahnpflege (Errichtung von Zahnpflegeanstalten durch Kassenverbände).

Außerdem muß die Fürsorge für Geschlechtskranke, Tuberkulöse, Krebskranke, Trinker und Beinleidende in nachhaltigster Weise durch geeignete Kassenleistungen betrieben werden. Notwendig ist ferner engste Gemeinschaftsarbeit mit den Landesversicherungsanstalten, den Beratungs- und Fürsorgestellen, den sonstigen gemeinnützigen Einrichtungen und den Organisationen der privaten Fürsorge."

Kriegs- und andere Wohlfahrtsmaßnahmen der Landesversicherungsanstalt Berlin.

Aus dem Geschäftsberichte der Versicherungsanstalt für 1915 heben wir hervor: In dem Voranschlage für 1915 wurden je 100 000 ℳ für Liebesgaben an das Heer, zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten und Seuchen, insbesondere der Geschlechtskrankheiten im Feldheere, zur Fürsorge für Kriegsverletzte vorgesehen, abgesehen von den noch aus dem Geschäftsjahr 1914 bewilligten, aber noch nicht aufgebrauchten Mitteln. rung einer gemeinsamen Unternehmung der Verführung einer gemeinsamen Unternehmung der Versicherungsanstalten für Liebesgaben usw. und für eine Weihnachtsliebesgabe für das Gardekorps bewilligt. Im einzelnen sind innerhalb des Berichtsjahres für Kriegswohlfahrtszwecke u. a. folgende Summen aufgewendet worden: 1 983 430 ℳ für Arbeitslosenunterstützungen und Mietsbeihilfen, 150 012 ℳ an den Berliner Magistrat für verauslagte Arbeitslosenunterstützungen erstattet, 167 727 ℳ zur Beschaffung von Liebesgaben für das Feldheer, 1 157 562 ℳ für die Bereitstellung der Beelitzer Heilstätten für Krieger, 55 600 ℳ Beihilfen an verschiedene Vereine der Kriegswohlfahrtspflege usw. insgesamt 1 826 287 ℳ. Im Jahre 1914 sind 1 222 655 ℳ, in beiden Jahren zusammen also 3 018 942 ℳ für Kriegswohlfahrtszwecke aufgewendet worden. — Nach der Gesamtübersicht der im Jahre 1915 zum Abschluß gebrachten Heilverfahren war die Zahl der männlichen Schwindsüchtigen 903, der weiblichen 798. Auffällig ist der Rückgang der weiblichen Patienten, deren Zahl im Jahre vorher 1257 betrug. In der Tuberkulose-Fürsorgestation wurden 15 677 Personen untersucht. Tuberkulös befunden wurden 5502, infektiös 1071. Das Vermögen der Anstalt betrug 117 176 989 ℳ gegen 112 830 205 ℳ im Jahre 1914.

Nutzbarmachung der Sozialversicherung für die Zwecke der Kriegspatenschaft.

Hiervon handelt ein Aufsatz des Landesrats Dr. Brunn in der „Concordia", Zeitschrift der Zentralstelle für Volkswohlfahrt (23 S. 344 ff.). Man versteht unter der Kriegspatenschaft die Einrichtung, die darauf abzielt, für die während des Krieges geborenen Kinder ein Kapital anzusammeln, das es ermöglicht, sie nach dem Verlassen der Volksschule in einem Beruf auszubilden. Vor allem interessiert natürlich die Frage, wie die Mittel für diesen Zweck aufzubringen, in zweiter Reihe, wie sie zweckmäßig anzulegen seien, insbesondere ob in der Form der Lebensversicherung oder durch regelmäßige Einzahlungen auf der Sparkasse. Ueber die erste Frage bemerkt Dr. Brunn:

„Der Gedanke, private Gönner mit regelmäßigen Beiträgen heranzuziehen, hat sicherlich einen gesunden Kern und wird sich zweifellos in vielen Fällen verwirklichen lassen. Aber die Befürchtung ist nicht von der Hand zu weisen, daß auch manche Fälle an dem Mangel an Mitteln scheitern müssen. Daher rechtfertigt sich die Prüfung, ob nicht die soziale Versicherung auch für diesen Zweig der Wohlfahrtspflege nutzbar gemacht werden kann.

In erster Linie kommt hier die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in Frage. Wir sahen oben, daß da, wo die wirtschaftlichen Verhältnisse der Eltern am schlechtesten sind, die Gefahr, daß den Kindern keine berufliche Ausbildung zuteil wird, am größten ist. Besonders werden daher wohl die Kinder, deren Vater bereits gestorben ist, also auch die Waisen von gefallenen Kriegsteilnehmern, dieser Gefahr ausgesetzt sein. Hier bietet sich Gelegenheit, die Leistungen der Invalidenversicherung für die Kriegspatenschaft heranzuziehen. Eine Anzahl von Versicherungsanstalten gewährt als freiwillige Leistung auf Grund des § 1274 RVO. den Hinterbliebenen gefallener Kriegsteilnehmer als sogenannte Ehrengabe eine einmalige Zahlung, die für die Witwen und die Kinder zusammen in Beträgen bis zu 100 ℳ sich bewegt. Diese Ehrengabe, die, wie gesagt, einige, nicht alle Versicherungsanstalten zahlen, ist vielfach angegriffen worden, weil solche einmaligen Zahlungen erfahrungsgemäß wirtschaftlich von keiner Bedeutung für die Empfänger zu sein pflegen, vielmehr in der Regel unsachgemäß verwendet werden. Hier könnten die Versicherungsanstalten dafür sorgen, daß diese Summen der Kriegspatenschaft zugeführt werden, natürlich nur in den Fällen, wo es sich um noch nicht zu alte Kinder handelt, bei denen bis zum vollendeten 14. Lebensjahre noch ein genügend großes Kapital angesammelt werden kann.

Selbstverständlich können die Versicherungsanstalten den zur Durchführung der Kriegspatenschaft gebildeten Organisationen Zuwendungen auf Grund des § 1274 RVO. machen, um dadurch ihre Aufgaben zu fördern.

Zweitens bietet sich die Möglichkeit, daß von der Versicherungsanstalt die Beträge der Waisenrente ganz oder teilweise für den Zweck der Kriegspatenschaft eingezahlt werden. Bekanntlich werden die Hinterbliebenenbezüge der Invalidenversicherung neben der Militärversorgung gewährt. § 119 RVO. gibt dem gesetzlichen Vertreter der Waisen die Möglichkeit, die Waisenrente im ganzen Betrag oder zu einem Teilbetrag an die Wohlfahrtsstelle, die die Kriegspatenschaft eingerichtet hat, abzutreten. Dazu ist freilich die Genehmigung des Versicherungsamts erforderlich. Es läßt sich annehmen, daß diese Genehmigung erteilt werden wird, wenn dem Versicherungsamte die Einzelheiten über die beabsichtigte Verwendung des Geldes dargelegt werden, weil es sich um eine unzweifelhaft im wirtschaftlichen Nutzen des Berechtigten liegende Maßnahme handelt, zu deren Durchführung die Abtretung der Waisenrente erfolgen soll.

Voraussetzung ist natürlich immer, daß der gesetzliche Vertreter der Waise, in der Regel also die Mutter, mit der Abtretung einverstanden ist. Sie wird sich, wenn es sich um Kriegswaisen handelt, auf Belehrung um so eher dazu verstehen, als sie ja an Kriegsversorgung für jedes Kind jährlich 168 ℳ bezieht, und zwar bis zum vollendeten 18. Jahre, während die Waisenrente bekanntlich nur bis zum vollendeten 15. Lebensjahre gewährt wird. Die Waisenrente beläuft sich auf durchschnittlich 3 ℳ monatlich für jede Waise. Stimmt die Witwe zu, den ganzen Betrag für die angegebenen Zwecke zu verwenden, so könnte auch schon älteren Kindern die Wohltat der Berufsausbildung zuteil werden. Selbst wenn der schließlich zur Verfügung stehende Betrag nicht für den Ausbildungszweck ausreichen sollte, ist zu beachten, daß die Witwe die Kriegsversorgung bis zum 18. Lebensjahre, also bis zu einem Zeitpunkte bezieht, in dem die Lehrzeit in der Regel beendet sein wird. Daher wird in solchen Fällen häufig schon der vorhandene Betrag als Zuschuß ausreichend sein, um es der Witwe zu ermöglichen, dem Kinde eine Berufsausbildung angedeihen zu lassen. Durch

angemessene und eindringliche Beratung der Witwe wird sich hier viel erreichen lassen.

Natürlich könnte man auch die Witwe veranlassen, etwaige Leistungen der Krankenkasse, z. B. das rückständige Krankengeld für den Verstorbenen oder das Sterbegeld sowie die Beitragserstattung nach § 398 AVG. für den Zweck der Berufsausbildung der Waise zu verwenden.

Gelingt es, auf diesem Wege auch den Kriegswaisen die Segnungen einer ordentlichen Berufsausbildung zu sichern, ohne die Wohltätigkeit Einzelner oder von Vereinen in Anspruch zu nehmen, so werden dadurch Mittel für diejenigen Waisen frei, bei denen Kriegsversorgung und Hinterbliebenenfürsorge aus der Hinterbliebenenversicherung nicht zusammenfallen.

Anstellung Kriegsbeschädigter bei den Krankenkassen.

Mit dieser Frage beschäftigen sich verschiedene Erlasse der zuständigen obersten Verwaltungsbehörden, so namentlich die preußischen Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft und das bayerische Ministerium des Innern. Uebereinstimmend geht man davon aus, daß, so wünschenswert es ist, die Kassenstellen in möglichst weitem Umfange den Kriegsbeschädigten zugänglich zu machen, es doch vor allem Ehrenpflicht der Krankenkassen ist, den zum Heeresdienst eingezogenen Angestellten ihre Stellen offen zu halten, wenn sie sich im Kassendienste bewährt haben. Besonders sei darauf bedacht zu nehmen, die kriegsbeschädigten Angestellten, soweit möglich, ihrem früheren Berufe wieder zuzuführen. Im übrigen sei bei der Annahme Kriegsbeschädigter für den Kassendienst sorgfältig zu prüfen, ob von ihnen erwartet werden könne, daß sie wenigstens nach einiger Zeit den Anforderungen des Dienstes genügen werden. Es entspricht nicht ihren Interessen, sie in Stellen zu bringen, in denen sie wegen ungenügender Leistungen auf die Dauer nicht belassen werden können.

Wohnungselend kinderreicher Familien.

Die Vereinigung für Familienwohl im Regierungsbezirk Düsseldorf versendet einen Bericht über eine Sitzung vom 30. September 1916, in der Herr Stoffers (Düsseldorf) einen anschaulichen und eindringlichen Vortrag über das Wohnungselend kinderreicher Familien hielt. Als „Unterlagen" sind zahlreiche, in ihrer Natürlichkeit und Ungeschminktheit für sich selbst sprechende Berichte von Männern und Frauen über ihre Familien- und Wohnverhältnisse. Aus den „Forderungen", auf die der Vortrag hinauslief, heben wir folgendes hervor: „Die größte Not der kinderreichen Familie ist die Beschaffung und Erhaltung einer menschenwürdigen Wohnung. Für sie wird die Sorge um die Wohnung mit jedem Kinde vermehrt. Die in den Wohnungsanzeigen der öffentlichen Blätter ständig wiederkehrende Bedingung, daß die ausgeschriebene Wohnung nur an „ruhige Leute", nur an „kinderlose Familien" vermietet werde, zeigt deutlicher als alles andere, daß der Vermieter in der Regel die kinderreichen Familien zurückweist. Für diese Familien bleiben erfahrungsgemäß fast nur die teuersten und schlechtesten Wohnungen übrig. Solange hier nicht durchgreifend geholfen wird, ist der Kampf gegen den Geburtenrückgang vergeblich. Die dringendste Aufgabe ist demnach, kinderreichen Familien zu menschenwürdigen Wohnungen zu verhelfen, in denen ein den sittlichen und sozialen Forderungen entsprechendes Familienleben möglich ist. — Die beste Lösung der Wohnungsfrage für die kinderreiche Familie ist das Einfamilienhaus auf dem Lande, mit einem für die Erzeugung der pflanzlichen Lebensmittel und für die Kleintierzucht ausreichenden Stück Land. Die Nachforschung der Vereinigung für Familienwohl hat ergeben, daß für die ländliche Familie, die in einem eigenen oder Pachthäuschen sitzt, die Kinder schon von frühem Alter an — etwa von sieben Jahren ab — eine bedeutend geringere Belastung und eine Hilfe sind, während sie für den Arbeiter in der Stadt in der Regel bis über das schulpflichtige Alter hinaus eine wirtschaftliche Last bedeuten. Ebenso ist festgestellt, daß die kinderreiche Familie viel lieber außerhalb der Stadt wohnt, als andere Familien. Die Schaffung von Ansiedelungen für kinderreiche Familien außerhalb der eigentlichen Stadt liegt auch für Großstädte bei zweckentsprechender Boden- und Verkehrspolitik durchaus im Bereich der Möglichkeit. — Die Durchführung dieser Siedelungen ist in erster Linie in die Hand von Genossenschaften zu legen, die durch ein besonderes Wohnungsgesetz für kinderreiche Familien mit besonderen Vorrechten auszustatten wären. Insbesondere müßte der Gemeinde zum Zwecke der Bodenbeschaffung für diese Genossenschaften das Enteignungsrecht gegeben werden. Träger dieser Genossenschaften müßten vorwiegend die kinderreichen Familien selbst sein. Gleicherweise sind die Bestrebungen der Gemeinden, gemeinnützigen Bauvereine und Arbeitgeber, kinderreiche Familien mit Wohnungen zu versehen, zu unterstützen. Auch in diesen Fällen muß ein gewisses Maß von Selbstverwaltung, insbesondere zur Handhabung der Hausordnung, für die in solchen Siedelungen wohnenden Familien erstrebt werden. Dieselbe Förderung muß auch solchen Genossenschaften kinderreicher Familien zuteil werden, die sich in Städten zur Errichtung von Mehrfamilienhäusern bilden. — Privaten Wohnungsunternehmern, die Häuser für kinderreiche Familien errichten oder bereit stellen, ist weitestgehende Unterstützung zu gewähren, solange und soweit sie die dem Zwecke der Unterstützung entsprechenden Bedingungen erfüllen."

Der Allgemeine deutsche Ersatzkassentag

hat in seiner Tagung am 1. Dezember 1916 in Berlin folgende Entschließung gefaßt:

Die versammelten Vertreter der deutschen Ersatzkassen erheben energischen Einspruch gegen die planmäßige Bekämpfung der Ersatzkassen durch den Hauptverband der Deutschen Ortskrankenkassen, deren Ziel die Beseitigung der Ersatzkassen ist. Dieselben Gründe, die den Landkrankenkassen, den besonderen Ortskrankenkassen, den Betriebs- und Innungskrankenkassen neben den allgemeinen Ortskrankenkassen einen Platz in der Reichsversicherungsordnung angewiesen haben, gelten ebenso für die Ersatzkassen. Die Ersatzkassen haben aber darüber hinaus wertvolle Aufgaben zu erfüllen. Als solche betrachten sie die Stetigkeit der Versicherung, die unabhängig ist vom Orts- und Kassenwechsel, unabhängig von der Beschäftigung und unabhängig vom verdienten Lohn oder Gehalt, sowie die Ausgestaltung der Kassenleistungen.

Die Ersatzkassen weisen die Beschuldigung entschieden zurück, daß sie die Kriegsteilnehmer im Stiche gelassen haben. Die Kriegsleistung der Ortskrankenkassen besteht in der Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer und ist als Kriegsopfer überhaupt nicht anzusehen, weil die Orts-

krankenkassen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nur eine sehr kleine Zahl weiterversicherter Kriegsteilnehmer zu versorgen haben und weil ihnen das Gesetz vom 4. August 1914 eine mehr als ausreichende Gegenleistung durch die Erhöhung der Beiträge und Herabsetzung der Leistungen für die Gesamtheit ihrer Mitglieder geschenkt hat. Dagegen haben fast alle Ersatzkassen ihre Beiträge und Leistungen unverändert gelassen und in erheblichem Umfange außerdem so große Kriegsopfer aus freiem Entschlusse übernommen, daß sie einen Vergleich mit den Kriegsopfern der Ortskrankenkassen in allen Ehren bestehen. Nachdem den Ersatzkassen ohne Rücksicht auf ihre freiwilligen Kriegsopfer auch noch die Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer durch Bundesratsverordnungen auferlegt worden ist, erklären sie, auch diese Belastung willig zu übernehmen, erwarten aber, daß die Regierung ihre Leistungen anerkennt und sie in keiner Weise gegen die Krankenkassen zurücksetzt; insbesondere fordert sie, daß die Arbeitgeberbeiträge nicht einzeln, sondern allen Ersatzkassen bewilligt werden.

Die Ersatzkassen streben ein erträgliches Verhältnis zu den Kassen der Zwangsversicherung an. Sie erwarten, daß ihnen und ihren Mitgliedern bei der Stellung der Anträge auf Ruhen der Rechte und Pflichten statt der vielfach noch üblichen Schwierigkeiten Entgegenkommen bewiesen wird. Sie sind dagegen bereit, gemeinsam mit ihnen zu prüfen, ob die im § 518 RVO. festgesetzten 20 v. H. der Arbeitgeberanteile genügen, um die Kosten der Einziehung und Abführung zu decken. —

Wir verweisen auf den Bericht über die Tagung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen im Heft 29 von 1916 S. 690. Dort ist das Erforderliche über den zuletzt erwähnten Punkt (betr. § 518 RVO.) gesagt, in welchem die Ersatzkassen selbst einen freilich offenkundigen Mißstand wenigstens gemeinsam mit den Pflichtkrankenkassen „zu prüfen" sich bereit erklären.

Literarisches.

Rechtsfälle aus der sozialen Versicherung (Arbeiter- und Angestelltenversicherung), zum Gebrauch bei Uebungen zusammengestellt von Landesrat Dr. P. Brunn und Privatdozent Dr. W. Kaskel. Berlin 1916 bei Julius Springer. 47 Seiten. Preis: kart. 1,60 ℳ.

Jeder Unterricht, jedes Studium des sozialen Versicherungsrechts auf Grund der Gesetze, der Gesetzeserläuterungen oder systematischer Darstellungen bedarf, um zu wirklichem Verständnis zu führen, der Ergänzung durch Uebungen an praktischen Beispielen aus dem Leben. An einer Anleitung hierzu fehlte es bisher. Die Verfasser des vorliegenden Büchleins bieten sie in trefflicher Form. Sie stellen 73 mehr oder weniger einfache oder verwickelte Fälle auf, die Rechtsfragen aus allen Versicherungsgebieten umfassen. Die Darstellung dieser Fälle ist so gehalten, daß sie „Satz für Satz auf ihren rechtlichen Gehalt und die verschiedenen in Betracht kommenden rechtlichen Möglichkeiten nachgeprüft werden muß." Wenn z. B. im Fall Nr. 6 die betrübende Tatsache mitgeteilt wird, daß die Oberkellnerin Resi in einem Zustande der Aufregung aus dem Fenster gesprungen ist, um sich das Leben zu nehmen, und daß sie nach viermonatiger Behandlung stirbt; und wenn daran die Frage geknüpft wird, welche Ansprüche aus Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung der Resi und ihrem dreijährigen unehelichen Kinde zustehen — so hat man in der Tat die nähere Darstellung des Falles Satz für Satz genau zu prüfen, um die sich daraus ergebenden Anspruchsmöglichkeiten und Zweifelsgründe zu erkennen. In ähnlicher Weise sind alle Fälle so gestaltet, daß sie die Aufmerksamkeit für das rechtlich Bedeutsame schärfen und die Fähigkeit, die zutreffenden gesetzlichen Vorschriften herauszufinden, üben. Mag das Büchlein auch in erster Reihe für Studierende bestimmt sein, so wird es gewiß auch strebsamen Angestellten der Versicherungsträger gute Dienste leisten können.

Kriegs-Familienunterstützung nach den Reichsgesetzen vom 28. Februar 1888, 4. August 1914 und 30. September 1915 und der Bundesratsverordnung vom 21. Januar 1916. Von Heinrich Schneider, Rechnungsrat im Ministerium für Elsaß-Lothringen. Straßburg 1916, Selbstverlag. Preis: kart. 2,10 ℳ.

Der Verfasser irrt, wenn er auf dem Titelblatt seine Darstellung als eine systematische bezeichnet. Es handelt sich um eine Gesetzesausgabe mit Anmerkungen. Die Abänderungsgesetze sind, unter Hervorhebung durch besondere Schrift, in den Text des Grundgesetzes hineingearbeitet. Die Anmerkungen stützen sich ausschließlich auf amtliches Material, insbesondere auf die Ausführungsvorschriften. Ueberall sind die Quellen nachgewiesen. Eine „chronologische Uebersicht" verzeichnet die einzelnen Ausführungsvorschriften, ministeriellen Entschließungen, Erlasse usw. unter Hinweis auf die Anmerkungen, in denen auf sie Bezug genommen ist. Ein reichhaltiges alphabetisches Verzeichnis wird den praktischen Gebrauch des Buches erleichtern.

Ratgeber für die Hinterbliebenen der Kriegsteilnehmer. Eine kurzgefaßte Darstellung der Versorgungsansprüche mit Formularen für Anträge und zwei Tafeln. Von Willibald Seiffert, Rechnungsrat und Geh. exp. Sekretär. 3. vermehrte Auflage. Potsdam, Stiftungsverlag. Preis 50 Pf.

Neu aufgenommen sind in diese Auflage auch die hauptsächlichsten Bestimmungen über einmalige widerrufliche Zuwendungen und über die Kapitalabfindung. Die beiden „Tafeln" betreffen die Versorgungsgebührnisse der Hinterbliebenen von Militärpersonen der Unterklassen und die Berechnung einer Kapitalabfindungssumme. Im ganzen enthält das Büchlein eine übersichtliche und, bei aller Knappheit, leicht verständliche Darstellung seines Gegenstandes.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen, an uns zu richten, Bezugsausweis beizufügen und recht deutlich zu schreiben.

Versicherungsrechtliche Beurteilung der Beschäftigung einer Schwangeren in der Klinik.

Berichtigung: In der Auskunft im Heft 35 S. 838 Ziff. 2 ist eine Zeile ausgefallen. Es muß heißen: Den wesentlichen Gegenstand der Vereinbarung bildeten nicht Dienste, welche die Schwangere der Klinik, sondern Dienste, welche usw.

Versichertsein des Ehemanns der Wöchnerin als Voraussetzung der Kriegswochenhilfe.

1. Nach Essen. Antwort: a) Als gegen Krankheit versichert im Sinne des § 1 Ziff. 2 der Bek. vom 3. Dez. 1914 wird der Ehemann der Wöchnerin nur in der Zeit gelten können, in der er Mitglied der Kasse war. Die Zeit einer Erwerbslosigkeit unter den Voraussetzungen des § 214 RVO. kann ihm nicht angerechnet werden (zu vgl. auch RVA. in Arb.Vers. 1916 Heft 31 S. 732 e).

b) Wenn der Ehemann zum zweiten Male zum Kriegsdienst eingezogen worden ist und unmittelbar vor diesem zweiten Eintritt in den Dienst mindestens sechs Wochen gegen Krankheit versichert war, so ist die Voraussetzung des § 1 Ziff. 2 der Bek. erfüllt. Auf die Zeit der Versicherung vor dem ersten Eintritt in den Kriegsdienst kommt es dann nicht mehr an.

Ist beitragsfreie Mitgliedschaft nach §§ 311, 383 RVO. begründet, wenn ein dauernd Arbeitsunfähiger erkrankt?

2. Nach M. bei Leipzig. Antwort: Arbeitsunfähige bleiben nach § 311 RVO. Mitglieder, solange die Kasse ihnen „Leistungen" zu gewähren hat; und nach § 383 Abs. 1 sind bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der „Krankenhilfe" keine Beiträge zu entrichten. Nach der Wortfassung dieser Vorschriften könnte angenommen werden, daß sie nur voraussetzen, daß der Arbeitsunfähige Anspruch auf irgendwelche Leistungen an Krankenhilfe haben müsse, um beitragsfreies Mitglied zu bleiben. So meint auch Olshausen Anm. 2 zu § 311: es sei gleichgültig, was für Leistungen die Kasse zu gewähren hat. Anderseits bemerkt Hoffmann Anm. 3 zu § 383: „Für die Dauer der Krankenhilfe, d. h. für die Zeit, während der ein Anspruch auf Krankenhilfe für Arbeitsunfähigkeit besteht." Diese Auffassung verdient nach Zweck und Sinn der Vorschriften den Vorzug. Ersichtlich will das Gesetz denjenigen, deren „Krankheit mit Arbeitsunfähigkeit verbunden ist" (vgl. Begr. S. 196) und die also aus diesem Grunde Anspruch auf Kassenleistungen haben, die Mitgliedschaft ohne Beitragsleistung erhalten wissen. Darauf deutet auch § 383 Abs. 2 hin, wonach die Beitragsfreiheit während des Bezugs des Wochen- und Schwangerengeldes, also nicht auch bei Leistungen der Wochenhilfe wegen anderer, nicht mit Arbeitsunfähigkeit verbundener Beschwerden (§ 199 Ziff. 3) gilt. Hiernach nehmen wir an, daß ein freiwilliges Mitglied, das dauernd arbeitsunfähig ist und deshalb im Falle einer neuen Erkrankung nur Anspruch auf Krankenpflege, nicht auf Krankengeld hat (RVA. 2190 Arb.Vers. 1916 S. 472), die Beiträge weiterzahlen muß, um sich die Mitgliedschaft zu erhalten (§ 314 Abs. 1). Denn die neue Krankheit ist nicht ursächlich mit der Arbeitsunfähigkeit verbunden, da diese schon vorher bestand, und nicht die Arbeitsunfähigkeit, sondern nur die neue Erkrankung erzeugt hier einen Anspruch auf Kassenleistungen.

Zurückbehaltung der Quittungskarte durch die Einzugsstelle.

3. Nach Süchteln.

Antwort: Die Vorschrift in § 1425 Abs. 1 Satz 1 RVO., daß niemand eine Quittungskarte wider den Willen des Inhabers zurückbehalten darf, gilt auch für die Kasse als Einzugstelle hinsichtlich der bei ihr hinterlegten Quittungskarten, falls die Karte nicht zu einem der im § 1425 Abs. 1 Satz 2 bezeichneten Zwecke gebraucht wird. „Inhaber" der Karte aber ist der Versicherte, auf dessen Namen sie lautet, wenn nicht etwa der Arbeitgeber sie, auf Grund ausdrücklicher oder stillschweigender Abmachung mit dem Versicherten, bei der Kasse hinterlegt hat. Der Inhaber kann die Karte jederzeit zurückfordern; daß die Abmeldung des Versicherten noch nicht erfolgt ist, rechtfertigt die Zurückhaltung nicht.

Festsetzung des Grundlohns auf den Höchstbetrag der einzelnen Stufen.

4. Nach Bremerhaven. Antwort: Die Festsetzung des Grundlohns auf den Höchstbetrag der einzelnen Lohnstufen (also bei der Lohnstufe bis zu 1,50 ℳ auf 1,50 ℳ usw.) ist nicht unzulässig, aber sie bedarf, wie jede Festsetzung des durchschnittlichen Tagesentgelts, nach § 180 Abs. 3 RVO. der „Zustimmung" des Oberversicherungsamts. Das bedeutet, daß dieses die Festsetzung, auch wenn sie gesetzlich an sich zulässig ist, aus Gründen der Zweckmäßigkeit oder Billigkeit verwerfen kann (zu vgl. Hahn Anm. 3 und 4 zu § 180 RVO.). Solche Gründe scheint das Oberversicherungsamt aber nicht geltend zu machen, sondern es scheint zu meinen, daß der Begriff des „durchschnittlichen" Tagesentgelts unbedingt die Festsetzung eines Grundlohns zwischen dem Mindest- und dem Höchstbetrage jeder Stufe erfordert. Dies halten wir mit Hahn a. a. O. Anm. 3 für eine Verkennung des Begriffs.

Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft (§§ 1501, 1508 RVO.).

5. Nach Kyritz. Antwort: Die Meinung, daß die Krankenkasse die Leistungen wegen der am 28. April 1914 eingetretenen neuen Erkrankung ohne rechtlichen Grund gewährt habe, weil inzwischen festgestellt sei, daß die Erkrankung auf einen Unfall zurückgehe, den der Verletzte als Arbeiter in einem unfallversicherten Betriebe am 2. Januar 1914 erlitten hatte, ist unbegründet. Denn die Leistungspflicht der Kasse wird nach § 1501 Abs. 1 RVO. dadurch nicht berührt, daß wegen jener nach mehr als 13 Wochen vom Unfall ab eingetretenen neuen Erkrankung bereits die Leistungspflicht der Berufsgenossenschaft begründet war. Es kann also nicht die Rückforderung des Geleisteten vom Empfänger, sondern nur ein Ersatzanspruch der Kasse gegen die Berufsgenossenschaft nach § 1501 Abs. 2 in Frage kommen. Dieser aber ist nach § 1508 Abs. 2 ausgeschlossen, wenn — wie es scheint — mehr als eine Woche seit dem Tage verstrichen ist, an dem die Kasse von den Voraussetzungen für den Ersatzanspruch, also von der Leistungspflicht der Berufsgenossenschaft, Kenntnis erlangt hat.

Keine Versicherungspflicht des Personals einer deutschen Gastwirtschaft im besetzten Feindeslande.

6. Nach Leipzig. Frage: Ein bei der Innungskrankenkasse versicherter Arbeitgeber hat im Operationsgebiet (in Lille) eine Gastwirtschaft eröffnet und beschäftigt dortselbst nur deutsches Personal. Bei welcher Kasse ist nun dieses Personal zu melden?

Antwort: Es handelt sich um Arbeiten im Auslande, die als versicherungspflichtig nach dem deutschen Gesetze nur dann gelten könnten, wenn sie sich als unselbständiger Bestandteil eines inländischen Betriebs darstellten. Davon kann wohl hier nicht die Rede sein. Selbst wenn man annehmen wollte, daß es sich immerhin um vorübergehende Arbeiten handle, fehlt es doch an dem unerläßlichen Zusammenhange mit einem inländischen Betrieb und an der Abhängigkeit von diesem (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 757). Das Personal ist daher bei keiner deutschen Krankenkasse versichert.

Versicherungspflicht des Leiters eines Soldatenheims im besetzten Feindeslande.

7. Nach Moers. Frage: Der „Westdeutsche Jünglingsbund in B." hat einen hiesigen Herrn zum Leiter eines Soldatenheims in Belgien bestellt und gewährt ihm außer freiem Unterhalt eine monatliche Barvergütung von 75 ℳ. Ist dieser Herr krankenversicherungspflichtig? Welche Kasse ist zuständig?

Antwort: Man wird wohl annehmen können, daß das Soldatenheim im besetzten Feindesland in engem Zusammenhange mit dem Betriebe des Jünglingsbundes im Inlande steht und in Abhängigkeit von diesem betrieben wird; deshalb und weil es sich hierbei zwar um einen Betrieb von längerer Dauer, aber immerhin doch um vorübergehende Arbeiten handelt, wird man das Soldatenheim als eine bloße „Ausstrahlung" des inländischen Unternehmens ansehen und die Zugehörigkeit des Leiters zur Ortskrankenkasse in B. annehmen dürfen (zu vgl. über eine solche erweiterte Anwendung des Ausstrahlungsbegriffs: Gründe der Entsch. des RVA. in Arb.Vers. 1916 Heft 32 S. 757). Wir setzen dabei voraus, daß der gesamte Entgelt bei Anrechnung des Wertes des freien Unterhalts 2500 ℳ nicht übersteigt (§ 165 Abs. 1 Ziff. 2 und Abs. 2 RVO.).

Leistungsdauer nach § 183 RVO. bei zeitweilig aussetzender Behandlung des grauen Stars.

8. Nach Rossen. Antwort: Es handelt sich um eine langsam fortschreitende (im medizinischen Sinne also fortdauernde) Krankheit, die schließlich nur durch eine Operation geheilt werden kann und bis zur Operationsreife zwar einer dauernden Beobachtung, nicht aber einer dauernden Behandlung bedarf. Da im vorliegenden Falle der Arzt den Kranken am 15. November für Anfang des nächsten Jahres wiederbestellt hat, in der Erwartung, daß bis dahin die Operationsreife vollständig geworden sein wird, und da der Arzt ausdrücklich hinzufügt, daß für dieses Jahr die Behandlung als abgeschlossen zu betrachten ist, so nehmen wir an, daß mit der nächsten Untersuchung eine neue ärztliche Behandlung und die Frist des § 183 RVO. von neuem beginnt — ganz ähnlich wie in dem Falle Arb.Vers. 1916 S. 550 Ziff. 1.

Wem liegt die Entschädigung der bei der Unfalluntersuchung vernommenen Zeugen ob?

9. Nach Gera. Antwort: Die Unfalluntersuchung ist durch §§ 1559 ff. RVO., wie vordem durch §§ 64 ff. GUVG., der Ortspolizeibehörde als eine eigene Verpflichtung auferlegt. Die dadurch entstehenden Kosten, also auch die Kosten für Entschädigung der von der Polizei vernommenen Zeugen, gehören daher zu den sächlichen Polizeikosten (zu vgl. Lehmann, Kommentar zum 5. Buch der RVO., Anm. 3 zu § 1559, Anm. 3 zu § 1564). Wem die Polizeikosten zur Last fallen und ebenso die Frage, ob den von der Polizeibehörde geladenen Zeugen überhaupt ein Anspruch auf Gebühren zusteht, bestimmt sich nach Landesrecht (zu vgl. Handb. der Unf.Vers. Anm. 3 zu § 64 GUVG.).

a) Arbeitgeber oder Mittelsperson? b) Fortdauer des versicherungspflichtigen Beamtenverhältnisses während des Kriegsdienstes. c) § 315 RVO. gilt nicht für Betriebskrankenkassen. d) Verbindung der Anmeldung mit dem Befreiungsantrage. e) Soldaten im Betriebe beschäftigt.

10. Nach G. 183. Antwort: a) Die infolge der Betriebseinschränkung von Fabriken entbehrlich gewordenen Buchhalter, die jetzt im dortigen Amt beschäftigt werden, müssen von dem Amte zur Ortskrankenkasse angemeldet werden. Wenn auf Grund irgendwelcher Abmachung das Amt die Vergütung an den Fabrikanten zahlt, so empfängt er diese doch für die betreffenden Personen und zahlt sie ihnen nur als Mittelsperson aus, nicht aber als Lohn für eine ihm geleistete Arbeit, da doch die Tätigkeit auf dem Amte mit dem Fabrikbetriebe nichts zu tun hat. Der Fabrikant ist zur Zeit nicht Arbeitgeber jener Personen.

b) Ob es gerechtfertigt ist, daß die Gemeinde die zum Kriegsdienst eingezogenen Polizeibeamten, obwohl ihnen das Gehalt weitergezahlt wird, bei der Kasse abgemeldet hat, hängt davon ab, ob das Beschäftigungsverhältnis fortbesteht oder nicht. Ueber die hinsichtlich dieser Frage bestehenden

Zweifel müssen wir auf Arb.Verf. 1915 S. 302, 434 ff., 449 und 1916 S. 592 nebst Anm. S. 594 verweisen. Wir möchten das Fortbestehen des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses gerade in diesem Falle umsomehr bejahen, weil es sich um Beamte handelt. Das Beamtenverhältnis ist doch durch die Einziehung zum Heeresdienste nicht gelöst.

c) Dienstmädchen des Unternehmers gehören nur unter der Voraussetzung des § 439 RVO. in die Betriebskasse. Trifft diese Voraussetzung nicht zu, so kann die zuständige Land- oder Ortskrankenkasse die rückständigen Beiträge vom Arbeitgeber nachfordern. Er kann sich nicht auf § 315 berufen. Diese Vorschrift gilt nicht für Betriebskrankenkassen, weil sie eine vorschriftsmäßige Anmeldung voraussetzt, eine solche aber bei Betriebskrankenkassen nicht stattfindet (§ 317).

d) Wenn in den Gründen der Entsch. des RVA. in Arb.Verf. 1915 S. 443 (am Ende S. 444) gesagt ist, es sei zuzulassen, daß die Anmeldung mit dem Befreiungsantrage verbunden wird, so ist dabei als selbstverständlich vorauszusetzen, daß der Antrag alles enthalten muß, was nach Gesetz oder Satzung zu einer vorschriftsmäßigen Anmeldung gehört. Insbesondere muß der Beginn der Beschäftigung schon wegen der Nachholung der rückständigen Beiträge angegeben sein, da die Befreiung nicht auf die Zeit vor Eingang des Antrags zurückwirkt.

e) Hinsichtlich der noch im Lazarett untergebrachten, aber in einem Betriebe beschäftigten Soldaten verweisen wir, außer auf die Auskunft in Heft 33 S. 780 Ziff. 2, noch auf den Erlaß in Heft 32 S. 750.

Zum Begriff der „vorsätzlichen" Vorenthaltung oder Nichtverwendung abgezogener Beiträge (§§ 533, 1492 RVO.).

11. Nach B. Antwort: Der Bescheid der Staatsanwaltschaft steht im Widerspruch mit der Rechtsprechung des Reichsgerichts. Wir empfehlen, Beschwerde bei der Oberstaatsanwaltschaft zu erheben. Wenn ein Arbeitgeber Beitragsteile einbehält oder annimmt, obwohl er weiß, daß er sie nach seinen Verhältnissen nicht nach Vorschrift des Gesetzes verwenden kann, so ist der Tatbestand der vorsätzlichen Vorenthaltung oder Nichtverwendung im Sinne der §§ 533, 1492 RVO. gegeben; dieses Bewußtsein wird nicht ausgeschlossen durch die bloße Hoffnung des Arbeitgebers, daß er in die Lage kommen werde, das Versäumte nachzuholen. (Entsch. des Reichsger. in Straff. Bd. 25 S. 104, 194, Bd. 28 S. 5, 6, Bd. 30 S. 161, Bd. 40 S. 115, 116, 235.)

Rückforderung des Krankengeldes, weil der Versicherte tatsächlich gearbeitet hat?

12. Nach Düsseldorf. Frage: Kann gegen ein ausgeschiedenes Kassenmitglied, welches während des Bezugs von Krankengeld längere Zeit einem gut lohnenden Erwerb nachgegangen ist, und somit offenbar die Kasse mißbraucht hat, auf Rückzahlung des anteiligen Krankengeldes und wegen Betrugs geklagt werden?

Antwort: Betrug läge nur vor, wenn das Mitglied tatsächlich nicht arbeitsunfähig gewesen wäre und die Kasse durch Vorspiegelung der Arbeitsunfähigkeit getäuscht hätte; dann wäre sowohl die Rückforderung des Krankengeldes als auch eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft begründet. Daraus aber, daß der Versicherte einem Erwerbe nachgegangen ist, folgt noch nicht, daß er arbeitsfähig im Sinne des Gesetzes war. Denn Arbeitsunfähigkeit liegt schon dann vor, wenn der Versicherte nur mit Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes arbeiten konnte. War dies der Fall, so kommt nur eine Uebertretung der Krankenordnung und Bestrafung nach § 529 RVO., nicht aber eine Kürzung der Kassenleistungen, also auch nicht die Rückforderung des Krankengeldes in Frage. (RVA. in Arb.Verf. 1914 S. 452).

a) Unständige oder vorübergehende Beschäftigung? b) Ersatzanspruch der Krankenkasse wegen eines nicht angezeigten Betriebsunfalls.

13. Nach Meseritz. Fragen: a) Ein Arbeiter meldete sich am 16. Dezember 1915 vom 1. Dezember 1915 ab als „unständig Beschäftigter" an, nachdem er bereits am 14. Dezember 1915 beim Ausroden von Weiden bei einem Landwirt einen Unfall erlitten hatte. Darauf beantragte er Krankenhilfe. Diese wurde abgelehnt, weil nach § 432 RVO. die Mitgliedschaft erst mit der Eintragung in das Mitgliederverzeichnis beginnt und andererseits auch nicht die Wartezeit des § 451 erfüllt war. Daraufhin hat die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft das Heilverfahren übernommen und beantragt jetzt Erstattung unter der Begründung, daß die Arbeit am 11. Dezember begann und voraussichtlich einige Wochen gedauert hätte, sodaß eine versicherungspflichtige Beschäftigung vorlag. Der Verletzte war freier Arbeiter und hätte das Ausroden der Weiden doch wohl nicht hintereinander vorgenommen, sondern von Zeit zu Zeit. Dies ergibt sich wohl auch aus seiner Anmeldung als unständig Beschäftigter. Ist die Landkrankenkasse zur Erstattung an die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft verpflichtet?

b) Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft hat wiederholt auf unsere Unfallanzeigen geantwortet, daß sie Ersatzansprüche nicht anerkennt, weil der Unfall seitens des Arbeitgebers nicht gemeldet ist. Sind derartige Ablehnungen gerechtfertigt?

Antwort: a) Da der Arbeiter nicht in das Mitgliederverzeichnis der Kasse eingetragen, also nicht unständiges Mitglied der Kasse war, kann diese sich nicht darauf berufen, daß die nur für die unständigen Mitglieder geltende Wartezeit aus § 451 RVO. nicht erfüllt sei. Der Anspruch des Verletzten an die Kasse und folglich der Ersatzanspruch der Berufsgenossenschaft hängt daher nur davon ab, ob der Verletzte durch die am 11. Dezember begonnene Beschäftigung nach den allgemeinen Vorschriften des 2. Buches der RVO. versicherungspflichtig und Mitglied der Kasse geworden war. Für diese Frage ist es ohne Bedeutung, ob die Beschäftigung im Sinne des § 441 auf weniger als eine Woche beschränkt war oder nicht; sondern der Verletzte ist nach § 165 in Verbindung mit §§ 235, 306 Pflichtmitglied der Landkrankenkasse und nach §§ 182 ff., 206 anspruchsberechtigt gewesen, falls nicht etwa seine Dienstleistungen als vorübergehende im Sinne des § 168 und der Bek. des Reichskanzlers vom 17. November 1913 (Arb.Verf. 1913 S. 848) anzusehen und deshalb versicherungsfrei geblieben waren. Daß aber eine der Voraussetzungen dieser Bek. zutreffe, ist aus Ihren Angaben nicht zu entnehmen. Wir können daher den Anspruch der Berufsgenossenschaft nicht für unbegründet erachten.

b) Das ablehnende Verhalten der Berufsgenossenschaft ist nicht gerechtfertigt. Denn die Leistungen aus der Unfallversicherung sind (nach § 1545 RVO. von Amts wegen, also unabhängig von einer Unfallanzeige oder von einem Antrage festzustellen (Begr. S. 481). Erhält die Berufsgenossenschaft, ohne daß eine vorschriftsmäßige Unfallanzeige (§§ 1552 ff.) erstattet ist, Kenntnis von einem Betriebsunfall, so hat sie nach § 1556 gegen den Unternehmer vorzugehen und je nach dem Ausfall der Unfalluntersuchung (§§ 1559 ff.) Stellung zu nehmen (§§ 1568 ff.). Die Kasse kann nach § 1509 die Feststellung der Unfallentschädigung betreiben. Wir empfehlen daher in allen Fällen der in der Anfrage bezeichneten Art zu antworten, daß Sie die Feststellung beantragen. Nötigenfalls würde die Berufsgenossenschaft auf Beschwerde vom Reichsversicherungsamt zur Erteilung eines förmlichen Bescheides angehalten werden.

a) Berechnung der Leistungsdauer aus § 183 RVO. bei dauernd Kranken. b) Zu § 193 Abs. 3 RVO.

14. Nach Schweidnitz. Frage: a) Ein Mitglied diesseitiger Kasse ist vom 1. April 1914 bis 18. Mai 1914 und sodann alle Vierteljahre bis zur Dauer von 3 Wochen wegen Lupus in der Klinik behandelt worden. Die letzte Klinikbehandlung hat vom 8. bis 18. November 1916 stattgefunden. In der Zwischenzeit arbeitet das Mitglied, behandelt sich jedoch nach ärztlicher Anweisung selbst mit Salbe. Sind wir zur Weitergewährung der Krankenhilfe verpflichtet und evtl. noch wie lange?

b) Ein Mitglied, welches die Versicherung gemäß § 313 RVO. freiwillig fortgesetzt hat, ist aus dem Landkreise (Kassenbezirk) in den hiesigen Stadtkreis verzogen. Im Stadtkreise befindet sich wohl die Geschäftsstelle unserer Kasse, doch gehört derselbe nicht zum Kassenbezirk, da dieser sich nur auf den Landkreis erstreckt. Ist diesem Mitgliede im Erkrankungsfalle Krankenpflege, oder an dessen Stelle gemäß § 193 RVO. das halbe Krankengeld zu gewähren?

Antwort: a) Wir haben einen ähnlichen Fall im Jahrg. 1916 Heft 23 S. 550 Ziff. 1 behandelt. Von diesem unterscheidet sich jedoch der vorliegende dadurch, daß in vierteljährlichen Abständen nicht nur eine Krankenhaus-Behandlung, sondern auch eine Versorgung des Kranken mit einem in den Zwischenzeiten nach ärztlicher Anweisung zu verwendenden Heilmittel stattfindet. Das rechtfertigt die Einrechnung dieser Zwischenzeiten auf die gesetzliche Leistungszeit (vgl. Entsch. des bayer. VGH. bei Reger 14 S. 370; Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 2e zu § 183 RVO.). Der Versicherte ist nicht nur andauernd krank, sondern auch einer Heilbehandlung bedürftig, die er auch seit dem 1. April 1914 fortdauernd von der Kasse erhalten hat. (Nun fragt es sich weiter, ob die gesetzliche Leistungsdauer nach § 183 Abs. 1 RVO. abgelaufen ist, da doch der Versicherte „Krankengeld" in der ganzen Zeit nicht bezogen hat. Es kann wohl aber kaum zweifelhaft sein, daß hier eine ungenaue Fassung des Gesetzes vorliegt und daß Kassenleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit gemeint sind. Krankenhauspflege, die an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes tritt (§ 184), muß dem Krankengeldbezuge im Sinne des § 183 Abs. 1 gleichstehen. Die Leistungsdauer hat daher nach Satz 1 Abs. 1 am 1. April 1914 zu laufen begonnen und ist jetzt längst abgelaufen, da nach Satz 2 die Zeiten, in denen nur Krankenpflege gewährt worden ist, nur bis zur Gesamtdauer von 13 Wochen nicht angerechnet werden.

b) Wir meinen, daß die dem § 193 Abs. 3 RVO. entsprechende Satzungsbestimmung auch in diesem Falle zur Geltung zu bringen ist. Daß der Sitz der Kassenverwaltung im Stadtbezirke liegt, bewirkt keine Erweiterung des Kassenbezirks. Wir setzen dabei voraus, daß auch zwei verschiedene Versicherungsämter in Betracht kommen.

Anwendung des Pauschsatzes aus § 222 RVO. bei Krankenhauspflege?

15. Nach Waldenburg (Schles.). Antwort: a) Es entspricht feststehender Rechtsprechung, daß die nach § 119 RVO. um Leistung der Krankenhilfe ersuchte Krankenkasse nach eigenem pflichtmäßigen Ermessen sich für die Gewährung der Krankenhauspflege entscheiden darf, wenn die ersuchende Kasse dies nicht ausdrücklich ausgeschlossen hat (vgl. zahlreiche Entscheidungen bei Hahn Anm. 6 zu § 219). Ebenso steht in der Rechtsprechung fest, daß, wenn demgemäß Krankenhauspflege gewährleistet ist, die ersuchte Kasse Anspruch auf Ersatz der tatsächlich aufgewendeten Kosten im nachgewiesenen notwendigen Betrage hat, daß also nicht der Pauschsatz aus § 222 anzuwenden ist (das. Anm. 3c zu § 222). Daß die ersuchte Kasse dagegen schon dann an den Pauschsatz gebunden sein soll, wenn sie der ersuchenden nicht mitgeteilt hat, daß sie Krankenhauspflege gewähre oder gewähren wolle, läßt sich nicht rechtfertigen; nur wenn die ersuchende Kasse diese Form der Krankenhilfe sich verbeten hat, kann sie allerdings zu mehr als $^3/_8$ des Grundlohns als Ersatz der Kosten für die Krankenpflege nicht verpflichtet sein. Das folgt aus der ihr insoweit zustehenden Beschränkung des Auftrags.

b) Wir verweisen auf die Entsch. des RVA. 2111 Arb.Vers. 1916 Heft 2 S. 34.

c) Wer die freiwillige Versicherung aufgegeben oder sonst verloren hat, kann nicht nach § 313 RVO. wieder eintreten, da diese Vorschrift nur beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung gilt.

Mit dem vorliegenden Heft schließt der 33. Band. Bestellungen auf den am 2. Januar 1917 beginnenden 34. Jahrgang bitten wir, falls der Bezug nicht unmittelbar von uns erfolgt, sofort beim nächsten Postamt aufzugeben. Der Preis beträgt von jetzt an halbjährlich 10 Mark (Zeitungs-Preisliste für 1917 Seite 37).

Berlin-Lichterfelde. **Verlag der „Arbeiter-Versorgung".**

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamerstraße 12.

Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H. in Berlin SW. 48.

Kriegsanleihe und Bonifikationen. Die Frage, ob die Vermittelungsstellen der Kriegsanleihen von der Vergütung, die sie als Entgelt für ihre Dienste bei der Unterbringung der Anleihen erhalten, einen Teil an ihre Zeichner weitergeben dürfen, hat bei der letzten Kriegsanleihe zu Meinungsverschiedenheiten geführt und Verstimmungen hervorgerufen. Es galt bisher allgemein als zulässig, daß nicht nur an Weitervermittler, sondern auch an große Vermögensverwaltungen ein Teil der Vergütung weitergegeben werden dürfe. War dies bei den gewöhnlichen Friedensanleihen unbedenklich, so ist anläßlich der Kriegsanleihen von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen worden, daß bei einer derartigen allgemeinen Volksanleihe eine verschiedenartige Behandlung der Zeichner zu vermeiden sei und es sich nicht rechtfertigen lasse, den großen Zeichnern günstigere Bedingungen als den kleinen zu gewähren. Die zuständigen Behörden haben die Berechtigung dieser Gründe anerkennen müssen und beschlossen, bei der bevorstehenden vierten Kriegsanleihe den Vermittelungsstellen jede Weitergabe der Vergütung außer an berufsmäßige Vermittler von Effektengeschäften strengstens zu untersagen. Es wird also kein Zeichner, auch nicht der größte, die vierte Kriegsanleihe unter dem amtlich festgesetzten und öffentlich bekanntgemachten Kurse erhalten, eine Anordnung, die ohne jeden Zweifel bei allen billig denkenden Zeichnern Verständnis und Zustimmung finden wird.

(Schluß des redaktionellen Teils).

Zeichnet die vierte Kriegsanleihe!

Das deutsche Heer und das deutsche Volk haben eine Zeit gewaltiger Leistungen hinter sich. Die Waffen aus Stahl und die silbernen Kugeln haben das ihre getan, dem Wahn der Feinde, daß Deutschland vernichtet werden könne, ein Ende zu bereiten. Auch der englische Aushungerungsplan ist gescheitert. Im zwanzigsten Kriegsmonat sehen die Gegner ihre Wünsche in nebelhafte Ferne entrückt. Ihre letzte Hoffnung ist noch die Zeit; sie glauben, daß die deutschen Finanzen nicht so lange standhalten werden wie die Vermögen Englands, Frankreichs und Rußlands. Das Ergebnis der vierten deutschen Kriegsanleihe muß und wird ihnen die richtige Antwort geben.

Jede der drei ersten Kriegsanleihen war ein Triumph des Deutschen Reiches, eine schwere Enttäuschung der Feinde. Jetzt gilt es aufs neue, gegen die Lüge von der Erschöpfung und Kriegsmüdigkeit Deutschlands mit wirksamer Waffe anzugehen. So wie der Krieger im Felde sein Leben an die Verteidigung des Vaterlandes setzt, so muß der Bürger zu Hause sein Erspartes dem Reich darbringen, um die Fortsetzung des Krieges bis zum siegreichen Ende zu ermöglichen. Die vierte deutsche Kriegsanleihe, die laut Bekanntmachung des Reichsbank-Direktoriums soeben zur Zeichnung aufgelegt wird, muß

der große deutsche Frühjahrssieg auf dem finanziellen Schlachtfelde

werden. Bleibe Keiner zurück! Auch der kleinste Betrag ist nützlich! Das Geld ist unbedingt sicher und hochverzinslich angelegt.

4½ % Deutsche Reichsschatzanweisungen.

5 % Deutsche Reichsanleihe,

unkündbar bis 1924.

(Vierte Kriegsanleihe.)

Zur Bestreitung der durch den Krieg erwachsenen Ausgaben werden **4½% Reichsschatzanweisungen** und **5% Schuldverschreibungen des Reichs** hiermit zur öffentlichen Zeichnung aufgelegt.

Die Schuldverschreibungen sind seitens des Reichs bis zum 1. Oktober 1924 nicht kündbar; bis dahin kann also auch ihr Zinsfuß nicht herabgesetzt werden. Die Inhaber können jedoch über die Schuldverschreibungen wie über jedes andere Wertpapier jederzeit (durch Verkauf, Verpfändung usw.) **verfügen.**

Bedingungen.

1. **Zeichnungsstelle** ist die **Reichsbank.** Zeichnungen werden

von Sonnabend, den 4. März, an

bis **Mittwoch, den 22. März, mittags 1 Uhr**

bei dem **Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere** in **Berlin** (Postscheckkonto Berlin Nr. 99) und bei **allen Zweiganstalten der Reichsbank** mit Kasseneinrichtung entgegengenommen. Die Zeichnungen können aber auch durch Vermittlung der **Königlichen Seehandlung** (Preußischen Staatsbank) und der **Preußischen Central-Genossenschaftskasse** in **Berlin,** der **Königlichen Hauptbank** in **Nürnberg** und ihrer Zweiganstalten,

sowie
sämtlicher **deutschen Banken, Bankiers** und ihrer **Filialen,**
sämtlicher **deutschen öffentlichen Sparkassen** und ihrer **Verbände,**
jeder **deutschen Lebensversicherungsgesellschaft** und
jeder **deutschen Kreditgenossenschaft** erfolgen.

Zeichnungen auf die **5% Reichsanleihe** nimmt auch die **Post** an allen Orten am Schalter entgegen. Auf **diese** Zeichnungen **kann** die **Vollzahlung** am 31. März, sie **muß** aber spätestens am 18. April geleistet werden. Wegen der Zinsberechnung vgl. Ziffer 9, Schlußsatz.

2. Die **Schatzanweisungen** sind in 10 Serien eingeteilt und ausgefertigt in Stücken zu: 20 000, 10 000, 5000, 2000, 1000, 500, 200 und 100 Mark mit Zinsscheinen zahlbar am 2. Januar und 1. Juli jedes Jahres. Der Zinsenlauf beginnt am 1. Juli 1916, der erste Zinsschein ist am 2. Januar 1917 fällig. Welcher Serie die einzelne Schatzanweisung angehört, ist aus ihrem Text ersichtlich.

Die Reichsfinanzverwaltung behält sich vor, den zur Ausgabe kommenden Betrag der Reichsschatzanweisungen zu begrenzen; es empfiehlt sich deshalb für die Zeichner, ihr Einverständnis auch mit der Zuteilung von Reichsanleihe zu erklären.

Die Tilgung der Schatzanweisungen erfolgt durch Auslosung von je einer Serie in den Jahren 1923 bis 1932. Die Auslosungen finden im Januar jedes Jahres, erstmals im Januar 1923 statt; die Rückzahlung geschieht an dem auf die Auslosung folgenden 1. Juli. **Die Inhaber der ausgelosten Stücke können statt der Barzahlung viereinhalbprozentige bis 1. Juli 1932 unkündbare Schuldverschreibungen fordern.**

3. Die **Reichsanleihe** ist ebenfalls in Stücken zu 20 000, 10 000, 5000, 2000, 1000, 500, 200 und 100 Mark mit dem gleichen Zinsenlauf und den gleichen Zinsterminen wie die Schatzanweisungen ausgefertigt.

4. Der Zeichnungspreis beträgt:

für die **4½% Reichsschatzanweisungen 95** Mark,
„ „ **5% Reichsanleihe,** wenn **Stücke** verlangt werden, **98,50** Mark,
„ „ **5%** „ wenn Eintragung in das **Reichsschuldbuch** mit Sperre bis 15. April 1917 beantragt wird, **98,30 Mark,**

für je 100 Mark Nennwert unter Verrechnung der üblichen Stückzinsen (vgl. Ziffer 9).

5. Die zugeteilten Stücke werden auf Antrag der Zeichner von dem Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere in Berlin bis zum 1. Oktober 1917 vollständig kostenfrei aufbewahrt und verwaltet. Eine Sperre wird durch diese Niederlegung nicht bedingt; der Zeichner kann sein Depot jederzeit — auch vor Ablauf der Frist — zurücknehmen. Die von dem Kontor für Wertpapiere ausgefertigten Depotscheine werden von den Darlehnskassen wie die Wertpapiere selbst beliehen.

6. Zeichnungsscheine sind bei allen Reichsbankanstalten, Bankgeschäften, öffentlichen Sparkassen, Lebensversicherungsgesellschaften und Kreditgenossenschaften zu haben. Die Zeichnungen können aber auch ohne Verwendung von Zeichnungsscheinen brieflich erfolgen. Die Zeichnungsscheine für die Zeichnungen bei der Post werden durch die Postanstalten ausgegeben.

7. Die Zuteilung findet tunlichst bald nach der Zeichnung statt. Ueber die Höhe der Zuteilung entscheidet die Zeichnungsstelle. Besondere Wünsche wegen der **Stückelung** sind in dem dafür vorgesehenen Raum auf der Vorderseite des Zeichnungsscheines anzugeben. Werden derartige Wünsche nicht zum Ausdruck gebracht, so wird die Stückelung von den Vermittlungsstellen nach ihrem Ermessen vorgenommen. Späteren Anträgen auf Abänderung der Stückelung kann nicht stattgegeben werden.

8. Die Zeichner können die ihnen zugeteilten Beträge vom 31. März d. J. an jederzeit voll bezahlen. Sie sind verpflichtet:

30 % des zugeteilten Betrages spätestens am 18. April d. J.,
20 % „ „ „ „ „ 24. Mai d. J.,
25 % „ „ „ „ „ 23. Juni d. J.,
25 % „ „ „ „ „ 20. Juli d. J.

zu bezahlen. Frühere Teilzahlungen sind zulässig, jedoch nur in runden durch 100 teilbaren Beträgen des Nennwerts. **Auch die Zeichnungen bis zu 1000 Mark brauchen nicht bis zum ersten Einzahlungstermin voll bezahlt zu werden.** Teilzahlungen sind auch auf sie jederzeit, indes nur in runden durch 100 teilbaren Beträgen des Nennwerts gestattet; doch braucht die

Zahlung erst geleistet zu werden, wenn die Summe der fällig gewordenen Teilbeträge wenigstens 100 Mark ergibt.

Beispiel: Es müssen also spätestens zahlen:

die Zeichner von ℳ 300: ℳ 100 am 24. Mai, ℳ 100 am 23. Juni, ℳ 100 am 20. Juli;
die Zeichner von ℳ 200: ℳ 100 am 24. Mai, ℳ 100 am 20. Juli;
die Zeichner von ℳ 100: ℳ 100 am 20. Juli.

Die Zahlung hat bei derselben Stelle zu erfolgen, bei der die Zeichnung angemeldet worden ist.

Die am 1. Mai d. J. zur Rückzahlung fälligen **80 000 000 Mark 4% Deutsche Reichsschatzanweisungen von 1912 Serie II** werden — ohne Zinsschein — bei der Begleichung zugeteilter Kriegsanleihen zum Nennwert unter Abzug der Stückzinsen bis 30. April in Zahlung genommen.

Die im Laufe befindlichen **unverzinslichen Schatzscheine** des Reichs werden — unter Abzug von 5 % Diskont vom Zahlungstage, frühestens aber vom 31. März ab, bis zum Tage ihrer Fälligkeit — in Zahlung genommen.

9. Da der Zinsenlauf der Anleihen erst am 1. Juli 1916 beginnt, werden auf sämtliche Zahlungen für Reichsanleihe 5 %, für Schatzanweisungen 4½ % Stückzinsen vom Zahlungstage, frühestens aber vom 31. März ab, bis zum 30. Juni 1916 zu Gunsten des Zeichners verrechnet; auf Zahlungen nach dem 30. Juni hat der Zeichner die Stückzinsen vom 30. Juni bis zum Zahlungstage zu entrichten. Wegen der Postzeichnungen siehe unten.
Beispiel: Von dem in Ziffer 4 genannten Kaufpreis gehen demnach ab:

		a) bis zum 31. März	b) am 18. April	c) am 24. Mai
I. bei Begleichung von **Reichsanleihe**				
	5 % Stückzinsen für	90 Tage	72 Tage	36 Tage
	=	1,25 %	1,— %	0,50 %
Tatsächlich zu zahlender Betrag also nur für	Stücke	97,25 %	97,50 %	98,— %
	Schuldbucheintragung	97,05 %	97,30 %	97,80 %
II. bei Begleichung v. **Reichsschatzanw.**		d) bis zum 31. März	e) am 18. April	f) am 24. Mai
	4½ % Stückzinsen für	90 Tage	72 Tage	36 Tage
	=	1,125 %	0,90 %	0,45 %
Tatsächlich zu zahlender Betrag also nur		93,875 %	94,10 %	94,55 %

Bei der Reichsanleihe erhöht sich der zu zahlende Betrag für jede 18 Tage, um die sich die Einzahlung weiterhin verschiebt, um 25 Pfennig, bei den Schatzanweisungen für jede 4 Tage um 5 Pfennig für je 100 ℳ Nennwert.

Bei **Postzeichnungen** (siehe Ziffer 1, letzter Absatz) werden auf bis zum 31. März geleistete Vollzahlungen Zinsen für 90 Tage (Beispiel I a), auf alle andern Vollzahlungen bis zum 18. April, **auch wenn sie vor diesem Tage geleistet werden,** Zinsen für 72 Tage (Beispiel I b) vergütet.

10. Zu den Stücken von 1000 Mark und mehr werden für die Reichsanleihe sowohl wie für die Schatzanweisungen **auf Antrag** vom Reichsbank-Direktorium ausgestellte **Zwischenscheine** ausgegeben, über deren Umtausch in endgiltige Stücke das Erforderliche später öffentlich bekanntgemacht wird. Die Stücke unter 1000 Mark, zu denen Zwischenscheine nicht vorgesehen sind, werden mit größtmöglicher Beschleunigung fertiggestellt und voraussichtlich im August d. J. ausgegeben werden.

Berlin, im Februar 1916.

Reichsbank-Direktorium.

Havenstein. v. Grimm.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H., in Berlin SW. 48.

Merkblatt zur vierten Kriegsanleihe.

4½ % Deutsche Reichsschatzanweisungen.
5 % Deutsche Reichsanleihe,
unkündbar bis 1924.

Mehr als achtzehn Monate sind verstrichen seit Beginn des gewaltigen Krieges, der dem deutschen Volke von seinen Feinden in unerhörtem Frevel aus Neid-, Rach- und Eroberungssucht aufgezwungen worden ist. Harte Kämpfe waren bei der Ueberzahl der Feinde zu bestehen. So schwer und blutig auch das Ringen war, unsere Truppen haben das Höchste geleistet und sich mit unvergänglichem Ruhm bedeckt. Auf allen Kriegsschauplätzen in West und Ost haben sie glänzende Waffenerfolge errungen, an ihrer todesmutigen Tapferkeit sind die mit allen Mitteln ins Werk gesetzten Angriffe der Feinde zerschellt. Die Feinde sind jedoch noch nicht niedergerungen, schwere Kämpfe stehen uns noch bevor, aber wir sehen diesen mit zuversichtlichem Vertrauen auf unsere Kraft und unser reines Gewissen entgegen. Auch das hinter der Front kämpfende deutsche Volk hat sich allen durch den Krieg hervorgerufenen wirtschaftlichen Erschwernissen durch Fleiss und Sparsamkeit, durch Einteilung und Organisation gewachsen gezeigt; es wird auch fernerhin in Selbstzucht und fester Entschlossenheit durchhalten bis zum siegreichen Ende.

Der Krieg hat fortgesetzt hohe Anforderungen an die Finanzen des Reichs gestellt. Es liegt daher die Notwendigkeit vor, eine vierte Kriegsanleihe auszuschreiben.

Ausgegeben werden 4½ prozentige auslosbare Reichsschatzanweisungen und 5 prozentige Schuldverschreibungen der Reichsanleihe. Die Schatzanweisungen werden eingeteilt in 10 Serien, die von 1923 ab jährlich am 1. Juli fällig werden, nachdem

die Auslosung der einzelnen Serie 6 Monate vorher stattgefunden hat. Der Zeichnungspreis ist für die Schatzanweisungen auf 95 % festgesetzt. Da die Schatzanweisungen eine Laufzeit von durchschnittlich 11 ½ Jahren besitzen, so stellt sich im Durchschnitt die wirkliche Verzinsung etwas höher als auf 5%. Dabei besteht die Aussicht, im Wege einer früheren Auslosung und Rückzahlung zum Nennwert noch einen beträchtlichen Kursgewinn, bestehend in dem Unterschied zwischen dem Nennwert und dem Ausgabekurs von 95%, zu erzielen. Dem Inhaber der ausgelosten Schatzanweisung soll aber auch das Recht zustehen, an Stelle der Einlösung die Schatzanweisung als 4½ prozentige Schuldverschreibung zu behalten, und zwar ohne dass sie ihm vor dem 1. Juli 1932 gekündigt werden könnte.

Der Zeichnungspreis für die fünfprozentigen Schuldverschreibungen der Reichsanleihe beträgt 98,50 Mark, bei Schuldbucheintragungen 98,30 Mark für je 100 Mark Nennwert. Die Schuldverschreibungen sind wie bei den vorangegangenen Kriegsanleihen bis zum 1. Oktober 1924 unkündbar, d. h. sie gewähren bis zu diesem Zeitpunkt einen fünfprozentigen Zinsgenuss, ohne dass ein Hindernis bestände, über sie auch schon vor dem 1. Oktober 1924 zu verfügen. Da die Ausgabe 1½% unter dem Nennwert erfolgt und ausserdem die Rückzahlung zum Nennwert nach einer Reihe von Jahren in Aussicht steht, so ist die wirkliche Verzinsung höher als 5 %.

Schatzanweisungen und Schuldverschreibungen sind nach den angegebenen Bedingungen im ganzen betrachtet als gleichwertig anzusehen. Beide Arten der neuen Kriegsanleihe können als eine hochverzinsliche und unbedingt sichere Kapitalanlage allen Volkskreisen aufs wärmste empfohlen werden.

Für die Zeichnungen ist in umfassendster Weise Sorge getragen. Sie werden bei dem Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere in Berlin (Postscheckkonto Berlin No. 99) und bei allen Zweiganstalten der Reichsbank mit Kasseneinrichtung entgegengenommen. Die Zeichnungen können aber auch durch Vermittlung der Königlichen Seehandlung (Preussische Staatsbank) und der Preussischen Zentral-Genossenschaftskasse in Berlin, der Königlichen Hauptbank in Nürnberg und ihrer Zweiganstalten sowie sämtlicher deutschen Banken, Bankiers und ihrer Filialen, sämtlicher deutschen öffentlichen Sparkassen und ihrer Verbände, bei jeder deutschen Lebensversicherungsgesellschaft und jeder deutschen Kreditgenossenschaft, endlich für die Schuldverschreibungen der Reichsanleihe bei allen Postanstalten am Schalter erfolgen. Bei solcher Ausdehnung der Vermittlungsstellen ist den weitesten Volkskreisen in allen Teilen des Reichs die bequemste Gelegenheit zur Beteiligung geboten.

Wer zeichnen will, hat sich zunächst einen Zeichnungsschein zu beschaffen, der bei den vorgenannten Stellen, für die Zeichnungen bei der Post bei der betreffenden Postanstalt, erhältlich ist und nur

der Ausfüllung bedarf. Auch ohne Verwendung von Zeichnungsscheinen sind briefliche Zeichnungen statthaft. Die Scheine für die Zeichnungen bei der Post haben, da bei ihnen nur zwei Einzahlungstermine in Betracht kommen, eine vereinfachte Form. In den Landbestellbezirken und den kleineren Städten können diese Zeichnungsscheine durch den Postboten bezogen werden. Die ausgefüllten Scheine sind in einem Briefumschlag mit der Adresse „an die Post" entweder dem Postboten mitzugeben oder ohne Marke in den nächsten Postbriefkasten zu stecken.

Das Geld braucht man zur Zeichnung noch nicht sogleich zu zahlen; die Einzahlungen verteilen sich auf einen längeren Zeitraum. Die Zeichner können vom 31. März ab jederzeit voll bezahlen. Sie sind verpflichtet:

30% des gezeichneten Betrages spätestens bis zum 18. April 1916,
20% „ „ „ „ „ „ 24. Mai 1916,
25% „ „ „ „ „ „ 23. Juni 1916,
25% „ „ „ „ „ „ 20. Juli 1916

zu bezahlen. Im übrigen sind Teilzahlungen nach Bedürfnis zulässig, jedoch nur in runden, durch 100 teilbaren Beträgen. Auch die Beträge unter 1000 Mark sind nicht sogleich in einer Summe fällig. Da die einzelne Zahlung nicht geringer als 100 Mark sein darf, so ist dem Zeichner kleinerer Beträge, namentlich von 100, 200, 300 und 400 Mark, eine weitgehende Entschliessung darüber eingeräumt, an welchen Terminen er die Teilzahlung leisten will. So steht es demjenigen, welcher 100 Mark gezeichnet hat, frei, diesen Betrag erst am 20. Juli 1916 zu bezahlen. Der Zeichner von 200 Mark braucht die ersten 100 Mark erst am 24. Mai 1916, die übrigen 100 Mark erst am 20. Juli 1916 zu bezahlen. Wer 300 Mark gezeichnet hat, hat gleichfalls bis zum 24. Mai 1916 nur 100 Mark, die zweiten 100 Mark am 23. Juni, den Rest am 20. Juli 1916 zu bezahlen. Es findet immer eine Verschiebung zum nächsten Zahlungstermin statt, solange nicht mindestens 100 Mark zu bezahlen sind.

Wer bei der Post zeichnet, muss bis spätestens zum 18. April d. J. Vollzahlung leisten, soweit er nicht schon am 31. März einzahlen will.

Der erste Zinsschein ist am 2. Januar 1917 fällig. Der Zinsenlauf beginnt also am 1. Juli 1916. Für die Zeit bis zum 1. Juli 1916, frühestens jedoch vom 31. März ab, findet der Ausgleich zugunsten des Zeichners im Wege der Stückzinsberechnung statt, d. h. es werden dem Einzahler bei der Anleihe 5% Stückzinsen, bei den Schatzanweisungen 4½% Stückzinsen von dem auf die Einzahlung folgenden Tage ab im Wege der Anrechnung auf den einzuzahlenden Betrag vergütet. So betragen die 5% Stückzinsen auf je 100 Mark berechnet: für die Einzahlungen am 31. März 1916 1,25 Mark, für die Einzahlungen am 18. April 1916 1 Mark, für die Einzahlungen am 24. Mai 1916 0,50 Mark. Die 4½% Stückzinsen betragen für die Einzahlungen zu den gleichen Terminen auf je 100 Mark berechnet: 1,125 Mark, 0,90 Mark und 0,45 Mark. Auf Zahlungen nach dem 30. Juni hat der Einzahler die Stückzinsen vom 30. Juni bis zum Zahlungstage zu entrichten.

Bei den Postzeichnungen werden auf bis zum 31. März geleistete Vollzahlungen Zinsen für 90 Tage, auf alle anderen Vollzahlungen bis zum 18. April, auch wenn sie vor diesem Tage geleistet werden, Zinsen für 72 Tage vergütet.

Für die Einzahlungen ist nicht erforderlich, dass der Zeichner das Geld bar bereitliegen hat. Wer über ein Guthaben bei einer Sparkasse oder einer Bank verfügt, kann dieses für die Ein-

zahlungen in Anspruch nehmen. Sparkassen und Banken werden hinsichtlich der Abhebung namentlich dann das grösste Entgegenkommen zeigen, wenn man bei ihnen die Zeichnung vornimmt. Besitzt der Zeichner Wertpapiere, so eröffnen ihm die Darlehnskassen des Reichs den Weg, durch Beleihung das erforderliche Darlehen zu erhalten. Für diese Darlehen ist der Zinssatz um ein Viertelprozent ermässigt, nämlich auf 5¼, während sonst der Darlehenszinssatz 5½% beträgt. Die Darlehensnehmer werden hinsichtlich der Zeitdauer des Darlehens bei den Darlehenskassen das grösste Entgegenkommen finden, gegebenenfalls im Wege der Verlängerung des gewährten Darlehens, so dass eine Kündigung zu ungelegener Zeit nicht zu besorgen ist.

Die am 1. Mai d. J. zur Rückzahlung fälligen 4prozentigen Deutschen Reichsschatzanweisungen von 1912 Serie II werden — ohne Zinsschein — bei der Begleichung zugeteilter Kriegsanleihen zum Nennwert unter Abzug der Stückzinsen bis 30. April in Zahlung genommen. Der Einreicher erlangt damit zugleich einen Zinsvorteil, da die ihm zugute kommenden Stückzinsen der Kriegsanleihe 5% oder 4½% betragen, während die von dem Nennwert der Schatzanweisungen abzuziehenden Stückzinsen nur 4% ausmachen.

Wer für die Reichsanleihe Schuldbuchzeichnungen wählt, geniesst neben einer Kursvergünstigung von 20 Pfennig für je 100 Mark alle Vorteile des Schuldbuchs, die hauptsächlich darin bestehen, dass das Schuldbuch vor jedem Verlust durch Diebstahl, Feuer oder sonstiges Abhandenkommen der Schuldverschreibungen schützt, mithin die Sorge der Aufbewahrung beseitigt und ausserdem alle sonstigen Kosten der Vermögensverwaltung erspart, da die Eintragungen in das Schuldbuch sowie der Bezug der Zinsen vollständig gebührenfrei erfolgen. Die Zinsen können insbesondere auf Antrag auch regelmässig und kostenlos einer bestimmten Sparkasse oder Genossenschaft überwiesen oder übersandt werden. Nur die spätere Ausreichung der Schuldverschreibung, die jedoch nicht vor dem 15. April 1917 zulässig sein soll, unterliegt einer mässigen Gebühr. Angesichts der grossen Vorzüge, welche das Schuldbuch gewährt, ist eine möglichst lange Beibehaltung der Eintragung dringend zu raten.

Der dargelegte Anleiheplan lässt erkennen, dass sowohl in den auslosbaren 4½ prozentigen Schatzanweisungen als auch in den 5 prozentigen Schuldverschreibungen der Reichsanleihe sichere und gewinnbringende Vermögensanlagen dargeboten werden. Es ist die Pflicht eines jeden Deutschen, nach seinen Verhältnissen und Kräften durch möglichst umfangreiche Zeichnung zu einem vollen Erfolg der Anleihe beizutragen, der demjenigen der früheren Anleihen nicht nachsteht. Das deutsche Volk hat bei diesen Anleihen glänzende Beweise seiner Finanzkraft und des unbeugsamen Willens zum Siege gegeben. Es darf daher bestimmt erwartet werden, dass jeder für diese Kriegsanleihe auch die letzte freie Mark bereitstellt. Im Wege der Sammelzeichnungen (Schulen, gewerbliche und sonstige Betriebe) können auch geringe Beträge des Einzelnen verfügbar gemacht werden. Auch auf die kleinste Zeichnung kommt es an. Gedenke jeder der Dankesschuld gegenüber den draussen kämpfenden Getreuen, die für die Daheimgebliebenen täglich ihr Leben einsetzen. Jeder steuere bei, damit das grosse Ziel eines ehrenvollen und dauernden Friedens bald erreicht werde. Zu solcher Krönung des Werkes beizutragen, ist die dringende Forderung des Vaterlandes.

Zur vierten Kriegsanleihe.

Es kann nicht dankbar genug anerkannt werden, daß eine große Anzahl vaterländisch gesinnter Männer und Frauen bemüht ist, für die vierte Kriegsanleihe werbetätig zu sein und Aufklärung und Belehrung über sie in die weitesten Bevölkerungsschichten zu tragen. Trotzdem sind noch immer haltlose und unrichtige Gerüchte im Umlauf, die stets wieder auftreten und sich so hartnäckig erhalten, daß man auf den Verdacht kommen könnte, sie würden von einer unserer nationalen Sache feindlichen Seite in die Welt gesetzt und genährt. Vor allem ist es die **Steuerfrage**, die fortdauernd Anlaß zu grundlosem Gerede gibt. Es kann demgegenüber nur immer wieder betont werden, daß die Steuerbehörden von den Vermittlungsstellen keine Auskunft über die Kriegsanleihezeichnungen erhalten, und daß niemand im Reiche daran denkt, die Besitzer der Kriegsanleihen in irgend welcher Hinsicht schlechter zu behandeln, als andere Steuerpflichtige. So ist es ganz ausgeschlossen, daß irgend eine Sondersteuer, z. B. in Form einer Kuponsteuer auf die Kriegsanleihen gelegt werden könnte. Insbesondere haben auch Kriegsanleihe und Kriegsgewinnsteuer ganz und gar nichts miteinander zu tun. Kriegsgewinnsteuer muß jeder bezahlen, der während der Kriegszeit sein Vermögen vermehren konnte, mag er die Vermögensvermehrung angelegt haben in Kriegsanleihe oder in anderen Wertpapieren oder in Grundstücken oder in Teppichen oder sonstigen Luxusgegenständen, oder mag er sie noch unangelegt besitzen. Wer sein Vermögen nicht vermehrt hat, zahlt keine Kriegsgewinnsteuer, auch wenn er noch so viel Kriegsanleihe besitzt, die er ja z. B. aus rückgezahlten Kapitalien, aus dem Erlös verkaufter Grundstücke oder Wertpapiere erworben haben kann. Ist aber der Besitzer 5prozentiger Kriegsanleihe einschließlich der Schuldbuchforderungen oder 5prozentiger Schatzanweisungen zur Kriegsgewinnsteuer veranlagt, so genießt er den Vorteil, daß er diese bei der Entrichtung der Steuer in Zahlung geben kann, und zwar zum Nennwert, so daß er den Unterschied zwischen dem Nennwert und dem Ausgabekurs, bei der vierten Kriegsanleihe 1½ M. von je 100 M. gewinnt.

Ebenso grundlos sind die Besorgnisse, die sich an die **„Unkündbarkeit bis 1924“** knüpfen. Diese Klausel hat nur die Bedeutung, daß das Reich vor dem 1. Oktober 1924 die Anleihe nicht kündigen und also auch den Zinsfuß nicht herabsetzen kann, auch wenn es — beispielsweise durch eine erhebliche Kriegsentschädigung — dazu instand gesetzt werden sollte. Sie dient demnach nur dem Vorteil des Zeichners, dem sie den Genuß des ungewöhnlich hohen Zinses von 5 % bis 1924 sichert, während der Zeichner seinerseits nicht etwa für diese Zeit auf die Verfügung über sein Kapital verzichtet, sondern seine Anleihe verkaufen oder verpfänden und überhaupt darüber wie über jedes andere Wertpapier jederzeit verfügen kann. Nur der Schuldbuchzeichner, der dafür aber auch die Anleihe um 20 Pf. billiger erhält, unterwirft sich einer Sperre bis zum **1. Oktober 1917**, das heißt, er verpflichtet sich, bis dahin die Forderung im Schuldbuch bestehen zu lassen. Von dieser Sperre kann aber durch das Reichsschatzamt Dispens erteilt werden, und dies geschieht in allen Fällen, wo triftige Gründe vorliegen, in entgegenkommendster Weise.

Wer künftige Ersparnisse oder künftig fällig werdende Kapitalien in Kriegsanleihe anlegen will, kann sich bekanntlich einstweilen die Mittel durch Verpfändung von Wertpapieren bei den **Darlehnskassen** beschaffen. Ganz unbegründet sind die zur Sprache gekommenen Besorgnisse, daß diese Darlehen etwa zur Unzeit gekündigt werden könnten. Die Darlehnskassen werden nicht nur für die Dauer des Krieges, sondern jedenfalls auch noch einige Zeit nachher offengehalten werden, und jeder Kriegsanleihezeichner kann von ihnen die weitgehendste Rücksichtnahme erwarten.

Mehr der Sonderbarkeit wegen sei noch erwähnt, daß immer wieder die Frage auftaucht, ob die Kriegsanleihe **mündelsicher** sei. Selbstverständlich ist dies der Fall, ja man kann sogar sagen, daß die Kriegsanleihe unter den mündelsicheren Werten Deutschlands den ersten und vornehmsten Rang einnimmt. Dies gilt gleichmäßig von sämtlichen vier Kriegsanleihen, die sich überhaupt hinsichtlich der Sicherheit und des inneren Wertes in jeder Beziehung gleichstehen.

$4\frac{1}{2}$ % Deutsche Reichsschatzanweisungen.

5 % Deutsche Reichsanleihe,

unkündbar bis 1924.

(Vierte Kriegsanleihe.)

Zur Bestreitung der durch den Krieg erwachsenen Ausgaben werden **$4\frac{1}{2}$ % Reichsschatzanweisungen** und **5 % Schuldverschreibungen des Reichs** hiermit zur öffentlichen Zeichnung aufgelegt.

Die Schuldverschreibungen sind seitens des Reichs bis zum 1. Oktober 1924 nicht kündbar; bis dahin kann also auch ihr Zinsfuß nicht herabgesetzt werden. Die Inhaber können jedoch über die Schuldverschreibungen wie über jedes andere Wertpapier jederzeit (durch Verkauf, Verpfändung usw.) **verfügen.**

Bedingungen.

1. **Zeichnungsstelle** ist die **Reichsbank.** Zeichnungen werden

von Sonnabend, den 4. März, an

bis **Mittwoch, den 22. März, mittags 1 Uhr**

bei dem **Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere** in **Berlin** (Postscheckkonto Berlin Nr. 99) und bei **allen Zweiganstalten der Reichsbank** mit Kasseneinrichtung entgegengenommen. Die Zeichnungen können aber auch durch Vermittlung

der **Königlichen Seehandlung** (Preußischen Staatsbank) und der **Preußischen Central-Genossenschaftskasse** in **Berlin,** der **Königlichen Hauptbank** in **Nürnberg** und ihrer Zweiganstalten, sowie

sämtlicher **deutschen Banken, Bankiers** und ihrer **Filialen,**
sämtlicher **deutschen öffentlichen Sparkassen** und ihrer **Verbände,**
jeder **deutschen Lebensversicherungsgesellschaft** und
jeder **deutschen Kreditgenossenschaft** erfolgen.

Zeichnungen auf die 5% **Reichsanleihe** nimmt auch die **Post** an allen Orten am Schalter entgegen. Auf **diese** Zeichnungen **kann** die Vollzahlung am 31. März, sie **muß** aber spätestens am 18. April geleistet werden. Wegen der Zinsberechnung vgl. Ziffer 9, Schlußsatz.

2. Die **Schatzanweisungen** sind in 10 Serien eingeteilt und ausgefertigt in Stücken zu: 20 000, 10 000, 5000, 2000, 1000, 500, 200 und 100 Mark mit Zinsscheinen zahlbar am 2. Januar und 1. Juli jedes Jahres. Der Zinsenlauf beginnt am 1. Juli 1916, der erste Zinsschein ist am 2. Januar 1917 fällig. Welcher Serie die einzelne Schatzanweisung angehört, ist aus ihrem Text ersichtlich.

   Die Reichsfinanzverwaltung behält sich vor, den zur Ausgabe kommenden Betrag der Reichsschatzanweisungen zu begrenzen; es empfiehlt sich deshalb für die Zeichner, ihr Einverständnis auch mit der Zuteilung von Reichsanleihe zu erklären.

   Die Tilgung der Schatzanweisungen erfolgt durch Auslosung von je einer Serie in den Jahren 1923 bis 1932. Die Auslosungen finden im Januar jedes Jahres, erstmals im Januar 1923 statt; die Rückzahlung geschieht an dem auf die Auslosung folgenden 1. Juli. **Die Inhaber der ausgelosten Stücke können statt der Barzahlung viereinhalbprozentige bis 1. Juli 1932 unkündbare Schuldverschreibungen fordern.**

3. Die **Reichsanleihe** ist ebenfalls in Stücken zu 20 000, 10 000, 5000, 2000, 1000, 500, 200 und 100 Mark mit dem gleichen Zinsenlauf und den gleichen Zinsterminen wie die Schatzanweisungen ausgefertigt.

4. Der Zeichnungspreis beträgt:

   für die 4½% **Reichsschatzanweisungen 95** Mark,
   „ „ 5% **Reichsanleihe,** wenn **Stücke** verlangt werden, **98,50** Mark,
   „ „ 5% „ wenn Eintragung in das **Reichsschuldbuch** mit Sperre bis 15. April 1917 beantragt wird, **98,30** Mark

   für je 100 Mark Nennwert unter Verrechnung der üblichen Stückzinsen (vgl. Ziffer 9).

5. Die zugeteilten Stücke werden auf Antrag der Zeichner von dem Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere in Berlin bis zum 1. Oktober 1917 vollständig kostenfrei aufbewahrt und verwaltet. Eine Sperre wird durch diese Niederlegung nicht bedingt; der Zeichner kann sein Depot jederzeit — auch vor Ablauf der Frist — zurücknehmen. Die von dem Kontor für Wertpapiere ausgefertigten Depotscheine werden von den Darlehnskassen wie die Wertpapiere selbst beliehen.

6. Zeichnungsscheine sind bei allen Reichsbankanstalten, Bankgeschäften, öffentlichen Sparkassen, Lebensversicherungsgesellschaften und Kreditgenossenschaften zu haben. Die Zeichnungen können aber auch ohne Verwendung von Zeichnungsscheinen brieflich erfolgen. Die Zeichnungsscheine für die Zeichnungen bei der Post werden durch die Postanstalten ausgegeben.

7. Die Zuteilung findet tunlichst bald nach der Zeichnung statt. Ueber die Höhe der Zuteilung entscheidet die Zeichnungsstelle. Besondere Wünsche wegen der **Stückelung** sind in dem dafür vorgesehenen Raum auf der Vorderseite des Zeichnungsscheines anzugeben. Werden derartige Wünsche nicht zum Ausdruck gebracht, so wird die Stückelung von den Vermittlungsstellen nach ihrem Ermessen vorgenommen. Späteren Anträgen auf Abänderung der Stückelung kann nicht stattgegeben werden.

8. Die Zeichner können die ihnen zugeteilten Beträge vom 31. März d. J. an jederzeit voll bezahlen.
   Sie sind verpflichtet:

   30 % des zugeteilten Betrages spätestens am 18. April d. J.,
   20 % „ „ „ „ „ 24. Mai d. J.,
   25 % „ „ „ „ „ 23. Juni d. J.,
   25 % „ „ „ „ „ 20. Juli d. J.

   zu bezahlen. Frühere Teilzahlungen sind zulässig, jedoch nur in runden durch 100 teilbaren Beträgen des Nennwerts. **Auch die Zeichnungen bis zu 1000 Mark brauchen nicht bis zum ersten Einzahlungstermin voll bezahlt zu werden.** Teilzahlungen sind auch auf sie jederzeit, indes nur in runden durch 100 teilbaren Beträgen des Nennwerts gestattet; doch braucht die Zahlung erst geleistet zu werden, wenn die Summe der fällig gewordenen Teilbeträge wenigstens 100 Mark ergibt.

Beispiel: Es müssen also spätestens zahlen:

die Zeichner von ℳ 300: ℳ 100 am 24. Mai, ℳ 100 am 23. Juni, ℳ 100 am 20. Juli;
die Zeichner von ℳ 200: ℳ 100 am 24. Mai, ℳ 100 am 20. Juli;
die Zeichner von ℳ 100: ℳ 100 am 20. Juli.

Die Zahlung hat bei derselben Stelle zu erfolgen, bei der die Zeichnung angemeldet worden ist.

Die am 1. Mai d. J. zur Rückzahlung fälligen **80 000 000 Mark 4% Deutsche Reichsschatzanweisungen von 1912 Serie II** werden — ohne Zinsschein — bei der Begleichung zugeteilter Kriegsanleihen zum Nennwert unter Abzug der Stückzinsen bis 30. April in Zahlung genommen.

Die im Laufe befindlichen **unverzinslichen Schatzscheine** des Reichs werden — unter Abzug von 5 % Diskont vom Zahlungstage, frühestens aber vom 31. März ab, bis zum Tage ihrer Fälligkeit — in Zahlung genommen.

9. Da der Zinsenlauf der Anleihen erst am 1. Juli 1916 beginnt, werden auf sämtliche Zahlungen für Reichsanleihe 5 %, für Schatzanweisungen $4^1/_2$ % Stückzinsen vom Zahlungstage, frühestens aber vom 31. März ab, bis zum 30. Juni 1916 zu Gunsten des Zeichners verrechnet; auf Zahlungen nach dem 30. Juni hat der Zeichner die Stückzinsen vom 30. Juni bis zum Zahlungstage zu entrichten. Wegen der Postzeichnungen siehe unten.

Beispiel: Von dem in Ziffer 4 genannten Kaufpreis gehen demnach ab:

I. bei Begleichung von **Reichsanleihe**	a) bis zum 31. März	b) am 18. April	c) am 24. Mai
5% Stückzinsen für	90 Tage	72 Tage	36 Tage
=	1,25 %	1,— %	0,50 %
Tatsächlich zu zahlender Betrag also nur für Stücke	97,25 %	97,50 %	98,— %
Tatsächlich zu zahlender Betrag also nur für Schuldbucheintragung	97,05 %	97,30 %	97,80 %
II. bei Begleichung v. **Reichsschatzanw.**	d) bis zum 31. März	e) am 18. April	f) am 24. Mai
$4^1/_2$% Stückzinsen für	90 Tage	72 Tage	36 Tage
=	1,125 %	0,90 %	0,45 %
Tatsächlich zu zahlender Betrag also nur	93,875 %	94,10 %	94,55 %

Bei der Reichsanleihe erhöht sich der zu zahlende Betrag für jede 18 Tage, um die sich die Einzahlung weiterhin verschiebt, um 25 Pfennig, bei den Schatzanweisungen für jede 4 Tage um 5 Pfennig für je 100 ℳ Nennwert.

Bei **Postzeichnungen** (siehe Ziffer 1, letzter Absatz) werden auf bis zum 31. März geleistete Vollzahlungen Zinsen für 90 Tage (Beispiel I a), auf alle andern Vollzahlungen bis zum 18. April, **auch wenn sie vor diesem Tage geleistet werden,** Zinsen für 72 Tage (Beispiel I b) vergütet.

10. Zu den Stücken von 1000 Mark und mehr werden für die Reichsanleihe sowohl wie für die Schatzanweisungen **auf Antrag** vom Reichsbank-Direktorium ausgestellte **Zwischenscheine** ausgegeben, über deren Umtausch in endgiltige Stücke das Erforderliche später öffentlich bekanntgemacht wird. Die Stücke unter 1000 Mark, zu denen Zwischenscheine nicht vorgesehen sind, werden mit größtmöglicher Beschleunigung fertiggestellt und voraussichtlich im August d. J. ausgegeben werden.

Berlin, im Februar 1916.

Reichsbank-Direktorium.

Havenstein. v. Grimm.

Für die Redaktion verantwortlich: Alfred Langewort, Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64.
Druck von Bartholdy & Klein G. m. b. H., in Berlin SW. 48.

Heft 1157 der ganzen Folge

Jährlich erscheinen 36 Hefte, die am 1., 11. und 21. jedes Monats ausgegeben werden und mit Titel und Register einen geschlossenen Band bilden. Bezugspreis 16 ℳ 90 ₰ beim Verlag, bei sämtlichen Postanstalten und allen größeren Buchhandlungen. Einzelhefte 75 Pfg. Anzeigenpreis die dreigespaltene Kleinzeile oder deren Raum 50 Pfg

Goldene Medaille St. Louis 1904

Die Arbeiter-Versorgung

Aelteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Trosche

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Ad. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. F. Hoffmann, Vortragender Rat im preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe, Rat Dr. Olshausen; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Regierungsrat Dr. Zacher

Schriftleitung und Verlag in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64

33. Jahrgang | 11. Dezember 1916 | Heft 35

Inhalt:

Abhandlungen:

Die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes nach § 567 RVO. Von Arbeitersekretär H. Dolleschel in München . . . 817

Mehrleistungen der Krankenkassen während des Krieges . . . 820

Die Krankenversicherung der Dienstboten in der Praxis. Von Arbeitersekretär Fr. Kleeis in Halle a. S. 822

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung:

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts . . . 826

B. Allgemeines:

Versicherungspflicht von Polizeiagenten . . . 827

C. Zur Krankenversicherung:

Kriegswochenhilfe für Frauen der in Feindesland Zurückgehaltenen . . . 827

Keine Kriegswochenhilfe für die Frau eines nicht weiterversicherten Berufssoldaten . . . 828

Häusliche Gemeinschaft als Voraussetzung des Anspruchs auf Sterbegeld . . . 828

Bekanntmachung des preuß. Ministers für Handel usw. betr. Ausdehnung ergänzender Vorschriften des Knappschafts-Kriegsgesetzes auf Angehörige der österreichisch-ungarischen Monarchie 829

Beitritt eines Kassenverbandes (§ 406 RVO.) zu einer Kassenvereinigung (§ 414) . . . 829

Die knappschaftliche Krankenversicherung der Angehörigen feindlicher Staaten . . . 830

Die Kasse wird durch Zahlung an den Armenverband (§ 1531 RVO) dem Versicherten gegenüber nur befreit, wenn er zugestimmt hat . . . 830

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung:

Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts über die Ausgabe neuer Beitragsmarken für die

(Fortsetzung des Inhaltsverzeichnisses auf nächster Seite)

Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 831
Lazarettbehandlung eines Kriegsteilnehmers rechtfertigt nicht ohne weiteres Annahme der Invalidität im Sinne des § 1255 RVO. 832

Sprechsaal:

Zur beitragsfreien Anrechnung der Kriegsdienstzeit in der Invalidenversicherung 834

Mitteilungen — Kurze Erörterungen:

Zahnersatz als Heilmittel 835
Vereinbarungen zur Durchführung der §§ 219, 220 und 222 RVO. 835
Begleitung von Liebesgaben als Teilnahme an Kriegsereignissen 836
Abführung von $^4/_5$ der Arbeitgeberbeiträge an Ersatzkassen 837
Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung für versicherungspflichtige Militärbeamte . . . 837
Ein Merkblatt über die Versorgung der Kriegs-Hinterbliebenen 837
Ein Gedenktag der deutschen Sozialgesetzgebung 837

Beantwortung von Anfragen:

Ersatz der Kosten von Operationshandschuhen 838
Versicherungsrechtliche Beurteilung einer Schwangeren in der Entbindungsklinik 838
Vorentscheidungen in Beschlußsachen 839
Gewährung von Brillen usw. über die satzungsmäßige Leistungszeit hinaus 839
Röntgenbestrahlung als ärztliche Behandlung 839
Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft durch zweimalige Beitragssäumnis 839
Die Kasse kann den Beschluß, Sachleistungen als Kriegswochenhilfe zu gewähren, aufheben . . 840
Die Versicherungsberechtigung bestimmt sich seit Inkrafttreten der RVO. auch für ältere Mitglieder nach dem neuen Recht (§§ 176, 180 Abs. 5 RVO.) 840
Zur Gebührenordnung für Aerzte 840
Gebühren für Zahnfüllungen 840
a) Anfertigung orthopädischer Schuhe gehört nicht zur ärztlichen Behandlung. b) Haftung des Barbiers für Verletzung beim Rasieren 840
Kosten einer von den Hinterbliebenen veranlaßten Leichenöffnung 840

Fortsetzung der Stellenanzeigen auf der dritten Umschlagseite

Wegen bevorstehender Einberufung unseres Geschäfts- und Kassenführers zum Heeresdienst wird für die Dauer seiner Abwesenheit ein [706]

Stellvertreter

gesucht. Bewerber müssen militärfrei, mit dem Kassen- und Rechnungswesen sowie mit der sozialen Gesetzgebung vollkommen vertraut sein, eine ähnliche Stellung bereits bekleidet haben und eine Sicherheit von 2000 Mk. stellen können.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnissen und Angabe der Gehaltsansprüche sind zu richten an die

Allg. Ortskrankenkasse für Potschappel und Umgeg.

Wer bei der heutigen teuren Lebenshaltung eine gut besoldete Stellung sucht, in der Kenntnisse und Fähigkeiten voll zur Geltung kommen können, bedient sich erfolgsicher des Anzeigenteils der „Arbeiter-Versorgung", wo Angebot und Nachfrage einander ständig begegnen. Auf die soziale Lage Stellungsuchender nehmen wir tunlichst Rücksicht und lassen zweckmäßige Fassung von Gesuchen gern in unserer Anzeigen-Abteilung vornehmen.

„Arbeiter-Versorgung"

Wegen bevorstehender Einberufung unseres Rendanten und Geschäftsführers zum Heeresdienst suchen wir für die Dauer seiner Verhinderung einen geeigneten

Vertreter.

Militärfreie, kautionsfähige Bewerber, die mit den Bestimmungen der RVO. und dem Kassen- und Rechnungswesen vollkommen vertraut sind und gleiche oder ähnliche Stellen bereits inne gehabt haben, wollen Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnissen und Gehaltsansprüchen sofort einreichen an den [712]

Vorstand der Allgemeinen Ortkrankenkasse für die Bürgermeisterei Küppersteg in Wiesdorf (Niederrhein).

Für die Ortskrankenkasse des Kreises Culm wird wegen der bevorstehenden Einberufung des Kassenführers und Rendanten zum Heeresdienst ein geeigneter

Stellvertreter

für die Dauer seiner Abwesenheit gesucht. [707]

Derselbe muß gleichzeitig die Vertretung des bereits seit Kriegsbeginn einberufenen Kassenführers der Landkrankenkasse des Kreises Culm übernehmen.

Bewerber müssen militärfrei sein, mit dem Kassen- und Rechnungswesen sowie mit der sozialen Gesetzgebung und den Bestimmungen der Kriegswochenhilfe vollkommen vertraut sein.

Mitgliederzahl bei beiden Kassen z. Zt. rund 6000, Kautionsfähige Bewerber wollen ihre Gesuche unter Beifügung beglaubigter Zeugnisabschriften, Lebenslauf, Befähigungsnachweis und Angabe der Gehaltsansprüche umgehend richten an den

Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises Culm Westpr.

Nach 8 Wochen

war bereits die erste Auflage der Kemmerichschen „Zeitberechnungstafel mit rotierender Scheibe" vergriffen.

Die umfangreiche zweite, verbesserte Auflage ist fertiggestellt. Unentbehrliches Hilfsmittel jeder Krankenkasse. Im Gebrauch bei etwa 400 Versicherungs- und Oberversicherungsämtern. Preis Mk. 4,75 netto.

Selbstverlag von O. Kemmerich-Hamburg 3, Holstenwall 12.

Wegen bevorstehender Einberufung unseres

Vorstehers der Abfertigungsabteilung

zum Heeresdienst wird ein

[690] **militärfreier Vertreter**

für die Dauer seiner Abwesenheit gesucht. Derselbe muß nachweisen können, daß er sich hinreichende Kenntnisse auf dem Gebiete der Reichsversicherung und der einschlägigen sonstigen Gesetzgebung erworben hat und geeignet sein, den Geschäftsführer einer größeren Ortskrankenkasse vertreten zu können.

Bewerbungen, denen eine Darstellung des Lebenslaufes, Zeugnisse und Bescheinigungen über etwa erworbene Berechtigungen, über Leistung und Führung in früheren Dienststellungen, ein ärztliches Gutachten über den Gesundheitszustand, die Militärpapiere und gegebenenfalls die Versicherung, daß der Bewerber sich in geordneten Verhältnissen befindet, beizufügen sind, wolle man richten an den

Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse I zu Duisburg.

Dringende Bitte! Bei allen Einsendungen, die zum Abdruck im Text oder Anzeigenteil unserer Zeitschrift bestimmt sind, wolle man das Papier nur auf einer Seite mit recht breitem Rande leicht lesbar beschreiben, sodaß nachträglich keine kostspieligen und zeitraubenden Änderungen nötig werden.

Stellungsgesuch

Junger Mann,

der eine höhere Handelsschule besucht hat, bei einer Stadtverwaltung tätig war und gegenwärtig als Buchhalter bei einer Krankenkasse beschäftigt ist,

[719]

sucht Stellung

in Westdeutschland

zum 1. Januar 1917. Zuschriften erbeten unter R. K. J. 7019 an die Anzeigen-Abteilung der **„Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde.**

Wegen bevorstehender Einberufung unseres Geschäftsführers zum Heeresdienste wird ein

Stellvertreter

für die Dauer seiner Abwesenheit gesucht. Bewerber müssen militärfrei, mit dem Kassen- und Rechnungswesen sowie der sozialen Gesetzgebung vollkommen vertraut sein und eine gleiche oder ähnliche Stellung schon bekleidet haben. Es kann nur eine Kraft in Frage kommen, die in der Lage ist, die Kasse mit 8 bis 9000 Mitgliedern und den neu errichteten Kreis-Arbeitsnachweis vollkommen selbständig zu leiten. Sicherheit ist zu stellen. Kriegsverletzte erhalten bei gleicher Befähigung den Vorzug. [705]

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Angabe der Gehaltsansprüche sind zu richten an die

Landkrankenkasse für den Kreis Plön in Plön in Holstein.

Es wird gebeten, Bewerbungsschreiben und anderen Angeboten keine Originalzeugnisse oder dergleichen, sondern nur Abschriften beizulegen.

Für die Dauer der Heeresdienstleistung einiger unserer Beamten suchen wir zum baldigen Eintritt

zwei tüchtige, vollständig militärfreie Angestellte,

die mit der sozialen Gesetzgebung, dem Kassen- und Rechnungswesen sowie mit den Bestimmungen der Reichswochenhilfe durchaus vertraut sind und wovon einer die Befähigung, den Rendanten bei dessen Abwesenheit zu vertreten, besitzen muß. [708]

Ferner

Zwei weibliche Aushifspersonen,

die stenographieren, die Schreibmaschine bedienen können und möglichst in der Buchhaltung bewandert sind.

Unsere Kasse, die in Friedenszeit etwa 12 000 und z. Zt. noch 8 000 Mitglieder zählt, hat die obligatorische Familienversicherung und ist Einzugsstelle der Hinterbliebenen-, Alters- und Invalidenversicherung.

Den Bewerbungen sind beizufügen Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Gehaltsansprüche.

Allg. Ortskrankenkasse Velbert, Rhld.

Wegen bevorstehender Einberufung unseres [710]

Geschäftsführers

zum Heeresdienst suchen wir für die Zeit seiner Abwesenheit einen geeigneten

Stellvertreter.

Die näheren Bedingungen bitten wir aus unserer ausführlichen Anzeige in Heft 26 und 28 dieser Zeitschrift zu entnehmen.

Allgemeine Ortskrankenkasse Duisburg-Ruhrort.

Wegen bevorstehender Einberufung unseres

Verwaltungsdirektors

zum Heeresdienst wird ein [689]

militärfreier Stellvertreter

für die Dauer seiner Abwesenheit gesucht. Die Bewerber müssen mit den einschlägigen Arbeiten, Gesetzen und dem Kassen- und Rechnungswesen vollkommen vertraut und kautionsfähig sein.

Bewerbungen, denen eine Darstellung des Lebenslaufes, Zeugnisse und Bescheinigungen über etwa erworbene Berechtigungen, über Leistung und Führung in früheren Dienststellungen, ein ärztliches Gutachten über den Gesundheitszustand, die Militärpapiere und gegebenenfalls die Versicherung, daß der Bewerber sich in geordneten Verhältnissen befindet, beizufügen sind, wolle man richten an den

Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse I zu Duisburg.

